

FACULDADE DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIANA DE ALMEIDA LARA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER POR PARCEIRO ÍNTIMO: Revisão de
literatura**

JUÍNA — MT

2019

FACULDADE DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIANA DE ALMEIDA LARA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER POR PARCEIRO ÍNTIMO: Revisão de
literatura**

Monografia apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem pela Faculdade do Vale do
Juruena. Orientador: Prof.^o Me. Victor C.
Lopes.

JUÍNA — MT
2019

AJES – FACULDADE DO VALE DO JURUENA

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LARA, Mariana de Almeida. **Violência contra a mulher por parceiro íntimo: Revisão de literatura**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). – AJES – Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena, Juína-MT, 2019.

Data da defesa: 03/06/2019

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador: Prof.º Me. Victor Cauê Lopes

ISE/AJES

Membro Titular: Prof.ª Ma. Esp.ª Lídia Catarina Weber

ISE/AJES

Membro Titular: Prof.ª Leila Jussara Berlet

ISE/AJES

Local: Associação Juinense de Ensino Superior

AJES – Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena

AJES – Unidade Sede, Juína-MT

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Eu, Mariana de Almeida Lara, portadora da Cédula de Identidade – RG 24950475 – SEJUSP MT, e inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 055.249.301-50, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado VIOÊNCIA CONTRA A MULHER POR PARCEIRO ÍNTIMO – Revisão de literatura, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

Juína/MT, ____ de _____ de 2019

Assinatura do autor

*“Dedico este trabalho a todas as mulheres que tiveram
sua vida ameaçada por quem deveria ser um grande
amor.”*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a minha avó, Madalena de Almeida Cruz, por ser a luz da minha vida e ter guiado meus passos para que eu conseguisse alcançar os objetivos. Obrigada por fazer de mim alguém que pudesse se orgulhar e fazer dos meus sonhos os seus.

Aos meus familiares e amigos, em especial à Debora Mota, que nunca me deixaram desistir da caminhada, mesmo quando parecia impossível continuar.

E, por fim, ao meu orientador, Victor C. Lopes, pela paciência e carinho, e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste trabalho.

*“O mundo é um lugar perigoso de se viver.
Não por causa dos que nele fazem o mal, mas por
causa daqueles que apenas olham e permitem que
ele seja feito.”*

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), violência por parceiro íntimo é definida como qualquer comportamento dentro uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. **Objetivo:** Buscar os artigos publicados em periódicos de enfermagem que abordam a violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Método:** Trata-se de um estudo bibliográfico, com revisão de literatura, baseando-se numa avaliação minuciosa dos artigos publicados em importantes bases de dados via portal Biblioteca Virtual da Saúde: LILACS, SciELO e BDENF, acessados a partir do booleano AND e as palavras-chave Violência Contra a Mulher e Enfermagem. **Resultados:** Foram identificados 13 artigos, divididos em 04 categorias: Álcool e outras drogas, percepção dos profissionais, enfrentamento das vítimas e outros artigos, sendo minuciosamente discutidos. **Conclusão:** Todos os estudos eram de cunho qualitativo e exploratório e não foram identificadas intervenções de enfermagem testadas para lidar com mulheres vítimas de abuso por parceiro íntimo ou mesmo proposta de ferramentas específicas para auxiliar o enfermeiro na abordagem com esse tipo de ocorrência. Evidencia-se a necessidade de capacitação dos profissionais para atender, de forma humanizada, as vítimas e saber proceder com os programas de atenção disponíveis, com a finalidade de amenizar danos à saúde física e psicológica, prevenindo futuros agravos.

Palavras-chave: Violência; Mulher; Parceiro íntimo.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization (WHO, 2012), intimate partner violence is defined as any behavior within an intimate relationship that causes physical, sexual or psychological harm, including acts of physical aggression, sexual coercion, Psychological abuse and controlling behaviors. **Objective:** Search articles published in nursing journals that address violence against women by intimate partners. **Method:** This is one and bibliographical study, with a review of literature, based on a thorough evaluation of the articles published in important databases via the Virtual Health Library Portal: LILACS, SciELO and BDNF accessed from the Boolean AND and the keywords violence against women and nursing. **Results:** Thirteen Articles were identified, divided into 04 categories: Alcohol and other drugs, coping with victims, perception of professionals and other articles, being thoroughly discussed. **Conclusion:** All studies were of a qualitative and exploratory nature and no nursing interventions were identified to deal with women victims of intimate partner abuse or even proposed specific tools to assist nurses in Approach with this type of occurrence. It is evident the need for training professionals to meet, humanized, The victims and know how to proceed with the available care programs, in order to mitigate health damage Physical and psychological, prevention of future problems.

Keywords: Violence; Woman; Intimate partner.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01– Tabela de pesquisa.....	17
Tabela 02 – Descrição dos artigos.....	19
Tabela 03 – Apresentação dos estudos de VPI.....	21
Tabela 04 – Distribuição das categorias dos estudos.....	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnóstico de enfermagem para mulheres vítimas de violência.....	38
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF – Base de Dados da Enfermagem

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

DECS – Descritores em Ciência da Saúde

LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OMS – Organização Mundial de Saúde

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

LISTA DE ANEXO

ANEXO A – DECRETO Nº 8.086, DE 30 DE AGOSTO DE 2013.....	47
ANEXO B – LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.....	48
ANEXO C – LEI Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013.....	49
ANEXO D – LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.....	50
ANEXO E – FICHA DE NOTIFICAÇÃO.....	52
ANEXO F – LEI Nº 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986.....	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. OBJETIVO	15
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
2.1 TIPO DE PESQUISA.....	16
2.2 QUESTÃO DA PESQUISA.....	16
2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	16
2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO	48

INTRODUÇÃO

De acordo com a Declaração das Nações Unidas sobre a Violência Contra a Mulher, aprovada pela Conferência de Viena em 1993, a violência se constitui como “[...] todo e qualquer ato embasado em uma situação de gênero, na vida pública ou privada, que tenha como resultado dano de natureza física, sexual ou psicológica, incluindo ameaças, coerção ou a privação arbitrária da liberdade.” (1949, *apud* ADEODATO, 2006).

A violência contra a mulher é um problema de caráter público, visto que é um ato que acomete um grande número de mulheres, independentemente de cor, raça, etnia, religião, classe social e etc. Neste contexto, cabe dizer que todas as mulheres envolvidas em um relacionamento conjugal estão propensas a sofrerem algum tipo de violência. (SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995).

Por muitos anos a mulher foi submetida a diversas situações de machismo, muitas vezes foram vendidas, estupradas, mortas e sempre tratadas como um ser inferior, um objeto. (STEVENS et. al, 2014).

Para Muraro, 1975, a mulher sempre foi submissa e dominada pelo homem, primeiramente pelo pai, depois pelo marido e cabia ao homem o direito de exercer sua autoridade sobre ela.

Os casos de violência contra a mulher ocorrem, principalmente, devido ao contexto histórico, já que as mulheres, por serem consideradas mais sensíveis, sempre foram tratadas como “sexo frágil”, sendo sempre destinadas a serviços domésticos, cuidar dos filhos e restritas ao lar, enquanto ao homem foram atribuídos cargos de poder, intimidação e domínio. (AZEVEDO, 1985).

Neste trabalho será abordada a violência contra a mulher, especificamente, a violência por um parceiro íntimo, que pode ser desde o namorado, marido ou parceiro em geral. (ROSA et. al, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), violência por parceiro íntimo é definida como qualquer comportamento dentro uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores.

Desta forma, a violência por um parceiro íntimo tem como agressor alguém que mantém relação profunda com a vítima e pode ocorrer fora do

ambiente doméstico, ou seja, o agressor não precisa, necessariamente, residir no mesmo local que a vítima. (SILVA et. al, 2014).

Em breve contexto histórico, somente no século XX o movimento feminista ganhou visibilidade no Brasil, quando as mulheres reivindicaram o direito ao voto, mesmo que de forma facultativa, ou seja, só votavam as mulheres que se sentiam aptas. (SAPORETI, 1985).

Em 1980, decorrente dos assassinatos de Eloisa Ballesteros Stacioli e Maria Regina Santos de Souza Rocha ocorridos em Belo Horizonte/Minas Gerais, os grupos feministas Coletivo de Mulheres/RJ, Grupo Feminista do Rio, Sociedade Brasil Mulher/RJ e o Centro da Mulher Brasileira/Niterói assinam o manifesto intitulado “Quem ama não Mata!”. (MEDEIROS, 2011).

No manifesto, elas declaram repúdio aos assassinatos e declaram seu apoio às mulheres que lutam contra a violência.

Nós, Feministas do Rio de Janeiro, repudiamos esses assassinatos e protestamos contra todas as formas de violência que sofremos no nosso dia a dia, lembrando que esses crimes acontecem com mulheres de todas as classes sociais embora só cheguem às manchetes dos jornais quando se trata de mulheres da classe média alta.

Repudiam o domínio do homem sobre a mulher, tratando-as como objeto e eles, proprietários.

Fatos como esses revelam uma moral machista que justifica a violência de sermos consideradas objetos sexuais; a violência de nos ser negada uma identidade própria; a violência da desigualdade de oportunidades de trabalho; a violência da dupla jornada de trabalho; a violência do mando do pai sobre a filha, do marido sobre a mulher; a das agressões sexuais que sofremos todos os dias nas ruas.

Em 2006, foi sancionada pelo então presidente do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva, a Lei nº 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, que tem esse nome em homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, que em 1983 foi brutalmente agredida pelo marido, mantida em cárcere privado e sofreu duas tentativas de assassinato, por eletrocutação e um tiro nas costas que a deixou paraplégica. (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, dispõe que o Estado tem o dever em fornecer apoio de equipe multidisciplinar a essa vítima, contanto com assistência de saúde, psicológica e jurídica. (BRASIL, 2006).

Em 30 de Agosto de 2013, foi criado pela então presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, o Decreto nº 8.086, o programa “Mulher, Viver sem Violência”, que visa integrar e ampliar os serviços públicos voltados para mulheres em situação de violência. Mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, justiça, segurança pública, da rede socioassistencial e promoção da autonomia financeira.

De acordo com o Art. 3º, esse decreto tem como objetivo:

- I - implementar a “Casas da Mulher Brasileira”, que consistem em espaços públicos onde se concentrarão os principais serviços especializados e multidisciplinares de atendimento às mulheres em situação de violência;
- II - ampliação da Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180;
- III - organização, integração e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual;
- IV - ampliação dos Centros de Atendimento às Mulheres nas Regiões de Fronteiras Secas, que consistem em serviços especializados de atendimento às mulheres nos casos de violência de gênero, incluídos o tráfico de mulheres e as situações de vulnerabilidades provenientes do fenômeno migratório; e
- V - promoção de campanhas continuadas de conscientização do enfrentamento à violência contra a mulher. (BRASIL, 2013).

Em agosto de 2013 foi decretada e sancionada, também pela presidente Dilma Rousseff, a Lei 12.845/13, conhecida como Lei do Minuto Seguinte, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual.

De acordo com o Art. 1º, os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando o controle e tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

O Art. 3º cita o atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, que compreende os seguintes serviços:

- I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;
- II - amparo médico, psicológico e social imediatos;
- III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
- IV - profilaxia da gravidez;
- V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;
- VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis. (BRASIL, 2013).

Nos dias atuais, mesmo com várias políticas de proteção e combate à violência contra mulher no Brasil, sabe-se que o cenário pouco mudou, e isso ocorre por diversos fatores, desde o medo de denunciar, até a dependência financeira e a punição branda. (OLIVEIRA et. al, 2014).

No Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), 36,9% e 28,9% das mulheres residentes em áreas rurais e urbanas, respectivamente, alegaram ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida. Outro inquérito de base populacional em 15 capitais, em 2002/2003, revelou prevalência de agressão psicológica, abuso físico menor e grave entre parceiros, de 78,3%, 21,5% e 12,9% respectivamente, nos 12 meses anteriores à pesquisa.

De acordo com um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) em diversos países, entre 15 a 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em certo momento de suas vidas.

A atenção primária de saúde merece destaque no que se trata de ações em relação a violência contra a mulher, visto que este nível de atenção tem grande ênfase na promoção e prevenção de saúde e trabalha com a Estratégia de Saúde da Família, onde os profissionais de saúde se dirigem até a residência dos moradores. (OLIVEIRA, 2009).

Tendo isso em vista, o profissional enfermeiro é um dos que devem saber reconhecer a situação de violência e encaminhar essas vítimas para o atendimento multidisciplinar. De acordo com Ferraz et. al (2009), o cuidado de enfermagem às vítimas de violência deve promover acolhimento, segurança e respeito, fundamental para a proteção da vítima e a prevenção de agravos futuros.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em sua resolução COFEN Nº 556/2017, diz que:

“A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.662/2015, integrante das ações do “Programa Mulher: Viver sem Violência”, que estabelece novas diretrizes para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).” (COFEN, 2017).

“Que os Enfermeiros Forenses estão capacitados para identificar cenários de violência, estabelecer diagnósticos contextualizados, executar medidas preventivas e terapêuticas legalmente suportadas, e avaliar os resultados, em ganhos para a saúde, no âmbito do trauma e violência.” (COFEN, 2017).

Segundo a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, sancionada pelo então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. (BRASIL, 2003).

De acordo com a Lei nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986, ou Lei do Exercício de Enfermagem, cabe ao enfermeiro planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. (BRASIL, 1986). Portanto, o enfermeiro deve auxiliar a vítima para estabelecer vínculo de confiança, dialogar sobre as opções para solucionar o problema, notificar a violência, apoiar a vítima para realizar o registro policial, encaminhar para atendimento clínico em caso de lesões que não possam ser atendidas por ele, propor assistência psicológica e realizar visitas domiciliares para acompanhar o caso.

1. OBJETIVO

Buscar os artigos publicados em periódicos de enfermagem que abordam a violência contra a mulher por um parceiro íntimo.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma revisão bibliográfica com intuito de sintetizar os artigos publicados, por enfermeiros, referentes à violência contra mulher por um parceiro íntimo.

Para Marconi e Lakatos (2009) a pesquisa bibliográfica compreende a investigação de pesquisas já publicadas em livros, dissertação, revistas, artigos, jornais, relatórios, entre outros. Com a finalidade de possibilitar ao pesquisador uma série de recursos disponíveis, sobre um determinado tema e assunto estudado. Gil (2008) afirma que as vantagens de uma pesquisa de revisão bibliográfica estão no fato do investigado ter acesso amplo às informações, sendo atuais ou não, o que viabilizando pesquisas históricas onde, em algumas situações, não há maneira de conhecê-las, a não ser pelas pesquisas em bases de dados.

2.2 QUESTÃO DA PESQUISA

Quais são os artigos publicados em periódicos brasileiros de enfermagem sobre violência contra a mulher dentro de um relacionamento íntimo?

2.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

- Apenas estudos em formato de artigos originais no tema em questão;
- Sem delimitação de tempo;
- Disponíveis gratuitamente na íntegra;
- Artigos publicados em revistas de enfermagem nacionais;
- Artigos em português.

Critérios de exclusão

- Teses, dissertações e monografias.

2.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

As buscas incluíram as bases de dados na área da saúde, acessadas pelo portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), sendo elas: Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados da Enfermagem) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online).

Para obtenção dos dados para pesquisa, utilizaram-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), disponíveis em português, através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), sendo eles: Violência contra a mulher; Enfermagem.

O booleano utilizado nesta pesquisa foi “AND” propiciando a combinação de descritores.

Neste estudo, foram encontrados um total de 267 artigos na BVS. Após uma leitura aprofundada 255 artigos foram excluídos, dos quais: 217 não contemplavam os critérios de inclusão, 13 não estavam disponíveis na íntegra, 07 artigos repetidos em bases de dados, 04 eram teses, 03 dissertações e 11 artigos pagos. Assim, 12 artigos fazem parte da amostra deste estudo.

A Tabela 01 apresenta a exclusão dos artigos identificados, de acordo com a base de dados.

Tabela 01– Tabela de pesquisa.

Base de Dados	Localizados	Excluídos	Amostra Final
<i>LILACS</i>	135	128	07
<i>BDENF</i>	112	107	05
<i>MEDLINE</i>	20	20	00

Fonte: LARA, 2019.

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

As informações obtidas foram organizadas e categorizadas em um banco de dados elaborado pela autora, onde foram armazenadas informações como: ano de publicação, título, autor, local em que foram publicados e, posteriormente, analisados por meio de leitura crítica de acordo com os objetivos e a questão norteadora desse estudo. Por fim, foram apresentados em quadros de acordo com os objetivos, métodos, amostra, coleta de dados e principais resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos que compõem a presente revisão são apresentados nas Tabelas 02 e 03 de acordo com suas principais características.

A tabela 02 organiza os artigos de acordo com descrição, título, autor, ano de publicação e base de dados.

A tabela 03 apresenta os estudos de violência por parceiro íntimo, descrevendo o objetivo, método, amostra, coleta de dados e principais resultados.

Ambas as tabelas codificadas em sequência numérica crescente.

Tabela 02 – Descrição dos artigos com título, autor, ano de publicação, base de dados e periódico.

N	Título	Autor	Ano Pub.	Base de Dados	Periódico
1	Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: Denúncias de vividos.	Leticia Becker Vieira, Laura Ferreira Cortes, Stela Maris de Mello Padoin, et al.	2014	BDENF	Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)
2	Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras.	María-Aurora Rodríguez-Borrego, Manuel Vaquero Abellán, Liana Bertagnolli da Rosa.	2012	BDENF	Revista Latino Americana de Enfermagem.
3	Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais.	Leônidas de Albuquerque Netto, Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Ana Beatriz Azevedo Queiroz, et al.	2016	BDENF	Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem.
4	A dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher.	Tatiane Herreira Trigueiro, Liliana Maria Labronici.	2011	BDENF	Online Brazilian Journal of Nursing.
5	Representações de mulheres sobre violência e sua relação com qualidade de vida.	Amanda Rodrigues Garcia Palhoni, Marta Araujo Amaral, Claudia Maria de Mattos Penna.	2014	BDENF	Online Brazilian Journal of Nursing
6	Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem.	Camila Daiane Silva, Vera Lúcia de Oliveira Gomes, Adriana Dora da Fonseca, et al.	2017	LILACS	Revista Gaúcha de Enfermagem.
7	Interface entre a violência conjugal e o consumo de álcool pelo companheiro.	Milca Ramaiane da Silva Carvalho, Jeane Freitas de Oliveira, Nadirlene Pereira Gomes, et al.	2017	LILACS	Revista Brasileira de Enfermagem.
8	Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero.	Laura Ferreira Cortes, Stela Maris de Mello Padoin, Letícia Becker Vieira, et al.	2015	LILACS	Revista Gaúcha e Enfermagem.
9	Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes.	Samara Silva Marques, Deise Lisboa Riquinho, Maxuel Cruz dos Santos, et al.	2017	LILACS	Revista Gaúcha de Enfermagem.
10	Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado.	Leônidas de Albuquerque Netto, Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Giuliana	2015	LILACS	Revista Gaúcha de

11	Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo.	Fernandes e Silva, et al. Maria Elza de Souza Machado, Larissa Silva de Abreu Rodrigues, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, et al.	2017	LILACS	Enfermagem. Online Brazilian Journal of Nursing. Revista Gaúcha de Enfermagem.
12	Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. Fonte: LARA, 2019.	Daniele Ferreira Acosta, Vera Lúcia de Oliveira Gomes, Denize Cristina de Oliveira, et al.	2017	LILACS	

Tabela 03 – Apresentação dos estudos de VPI.

N	Objetivo	Método	Amostra	Coleta de Dados	Principais Resultados
1	Analisar a interface entre o uso abusivo de álcool e outras drogas pelos companheiros e o vivido por mulheres que denunciam situações de violência.	Qualitativo.	13 participante s.	Análise de conteúdo, temática de entrevistas realizadas em março e abril de 2010.	De 13 mulheres, 11 relatam violência associada ao consumo de álcool ou outra droga, por parte do agressor.
2	Identificar os fatores de risco de abuso por parceiro íntimo entre enfermeiras.	Transversal, quantitativo.	622 participante s.	Utilizou-se um questionário auto administrado sobre maus-tratos psicológico, físico e sexual, complementado com perguntas de caráter sociodemográfico.	As mulheres enfermeiras com maior probabilidade de sofrer violência foram: aquelas que mantinham a família com seu salário, as que conviviam com filhos e com parceiro íntimo de classe social IIIa ¹ . Os sugerem que a independência representa fator de risco para esse abuso.
3	Analisar o isolamento social de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo.	Qualitativa, analítica.	20 participante s.	Utilizou-se entrevista individual e análise de conteúdo.	Isolamento social ocorreu por restrição da liberdade pelo parceiro, provocando atitudes repressivas ao negar as mulheres o convívio social.
4	Identificar fatores de risco que desencadeiam a violência doméstica.	Qualitativa, exploratória.	8 participante s.	Entrevista semiestruturada gravada.	A dependência química do álcool e crack pelos companheiros é um fator de risco que desencadeou a violência doméstica física, psicológica e patrimonial, afetou necessidades humanas básicas, gerou medo e desestruturou a relação familiar, e isso as fez abandoná-los e procurar o Serviço de Acolhimento.
5	Analisar as representações sociais de mulheres sobre violência.	Qualitativo, fundamentado na Teoria de Representações Sociais.	100 participante s.	Dados foram obtidos por meio da técnica de evocação livre, frente ao termo indutor violência contra a mulher.	A violência afeta a qualidade de vida das mulheres e foi indicada a necessidade de criar estratégias para enfrentamento do fenômeno, considerando a especificidade e a complexidade de cada situação vivenciada.

¹ Empregados administrativos e de apoio à gestão administrativa ou financeira.

6	Identificar e comparar a estrutura e conteúdo das representações da violência doméstica contra a mulher entre discentes das séries iniciais e finais de um curso de graduação em Enfermagem.	Qualitativo.	132 participante s.	Colheram-se os dados por meio de evocações e entrevistas; para o tratamento utilizaram-se o software EVOC e análise de conteúdo.	Em comum no núcleo central figuram os termos violência, covardia, desrespeito e dor. O primeiro grupo evocou ainda tristeza e o segundo, violência física.
7	Analisar o discurso de mulheres sobre a interface entre violência conjugal e uso de álcool pelo companheiro.	Pesquisa exploratória, qualitativa, fundamentada no referencial metodológico da história oral.	19 participante s.	Os dados foram analisados através do discurso do sujeito coletivo.	O discurso das participantes aponta o consumo do álcool pelo companheiro como elemento potencializador dos episódios violentos, evento também experienciado pelos pais, sinalizando seu caráter transgeracional; alerta ainda para a violência conjugal decorrente da reação do homem ao ser questionado pela companheira quanto ao consumo do álcool.
8	Conhecer as ações de cuidar de mulheres em situação de violência por enfermeiras em serviços de urgência e emergência e analisar as ações que busquem o empoderamento de mulheres para a equidade de gênero.	Qualitativo, descritivo.	10 participante s.	Realizou-se a Análise de Conteúdo Temática, adotando o gênero como categoria analítica.	Elementos do cuidado clínico: remetem-se aos procedimentos e técnicas de enfermagem. Elementos de cuidado não clínico: remetem-se a conversa, escuta e orientação às mulheres e familiares.
9	Conhecer as estratégias utilizadas por enfermeiros de Unidades de Estratégias de Saúde da Família para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes.	Descritivo, abordagem qualitativa.	23 participante s.	Entrevista semiestruturada.	Emergiu a categoria: “É bem complexo” - ações de identificação e enfrentamento da violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. As lesões físicas foram o principal indicativo de violência identificada na consulta pré-natal. As estratégias de enfrentamento foram encaminhamentos a serviços especializados e discussão conjunta com a equipe de saúde.
10	Propõe-se analisar fatores envolvidos na tomada de decisão de mulheres em	Qualitativa, descritiva, exploratória.	16 participante s	Realizadas entrevistas por meio de instrumento semiestruturado e individual. Os relatos foram	As mulheres buscaram suporte psicossocial quando a violência interpessoal alcançou o limite da tolerância. Este suporte possibilitou o resgate

	situação de violência interpessoal, praticada pelo parceiro íntimo, na busca por apoio institucional de referência.			analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo.	da autoestima e da confiança, além da tomada de consciência para a necessidade de mudança de vida e autonomia econômica.
11	Conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência contra a mulher.	Descritivo, qualitativo.	12 participantes.	Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, sistematizados pela análise de conteúdo e analisados com base em referencial teórico sobre a temática.	Os profissionais exibem dificuldades na compreensão de conceitos, como denúncia e notificação, e conhecimento superficial sobre a Lei Maria da Penha, o que pode prejudicar processos de orientação e encaminhamentos.
12	Analisar a estrutura e os conteúdos das representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher.	Qualitativo.	100 participantes.	Colheram-se os dados por meio de evocação-livre e entrevistas semiestruturadas. Foram tratados pelo software Evoc e análise contextual, respectivamente.	Nas entrevistas, as enfermeiras reconhecem que a violência não se restringe a vítima, tendo reflexo nos filhos e outros parentes. A partir disso, é preciso que os serviços de saúde propiciem um modelo de atendimento linear como arcabouço de proteção e promoção a saúde da mulher, dos filhos e da família, por meio da assistência interdisciplinar e intersetorial. De outro lado, referem a importância da rede de apoio primária, que é composta pela família, amigos, vizinhos.

Fonte: LARA, 2019.

Tabela 04 – Distribuição das categorias dos estudos.

Categoria dos Estudos	Número do artigo
Álcool e outras drogas	1, 4 e 7
Enfrentamento das vítimas	5 e 10
Percepção dos profissionais	6, 11, 12, 8 e 9
Outros artigos	2 e 3
Total	12

Fonte: LARA, 2019.

Os resultados serão apresentados seguindo as ordens das categorias apresentadas na tabela acima, para facilitar o entendimento.

Álcool e outras drogas

Chama a atenção o número expressivo de relatos identificados que tratavam da violência relacionada ao abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo, sendo essa a primeira categoria identificada e discutida no presente estudo.

De acordo com o artigo 1, em uma pesquisa realizada com 13 mulheres, 06 alegam o uso abusivo de álcool pelo companheiro, 04 alegam abuso de drogas, 01 abuso de ambos e 02 não expuseram o motivo. Ao descreverem o início do relacionamento, as mulheres relatam que era bom, mas com o passar do tempo e com o abuso de álcool e/ou drogas, o relacionamento tornou-se difícil, tendo em vista as agressões físicas, psicológicas, sexuais, verbais e ameaças de morte.

[...] minha vida virou um inferno [...] ele fumava droga a noite inteira [...] começou a me bater por causa disso; ficava alucinado demais [...] me ameaçou com uma faca; ele tava muito drogado e bêbado. Eu tava com medo e fugi, corri dele duas horas da manhã [...] Todo dia ele tava drogado. O problema dele era o crack [...] daí ele ficava agressivo. Quando não tinha ele ficava nervoso, então descarregava em mim [...] e junto com a bebida ficava alucinado, não enxergava nada. Quem tivesse na frente dele ele jogava longe. Aí eu não aguentei mais tanta humilhação, tanto sofrimento, tanto xingamento de coisa que eu nunca fui. (Artigo 4).

De acordo com Paiva et. al (2016), o álcool causa queda na capacidade de processamento de informações e fazer julgamentos e, variando o nível de intoxicação, leva a perda de controle motor, confusão na fala e perda de

consciência. Porém, não fica estabelecido se o álcool incita o comportamento agressivo ou apenas desinibe o usuário, a fim de justificar seus atos.

O artigo 4 aponta que todas as 08 mulheres pesquisadas alegaram que sofreram violência física de seus companheiros devido ao abuso de álcool/drogas. O álcool foi a substância mais citada pelas mulheres pesquisadas, que relataram violência física, psicológica e dano financeiro, visto que os parceiros, sob efeito das substâncias, roubavam ou quebravam móveis e objetos de casa. As mulheres que denunciaram abuso de crack por parte do companheiro relatam que nem ao menos conseguiam dormir, devido ao medo de serem mortas.

“[...] ele passava a noite toda fora fumando crack e voltava pra casa de manhã [...] Ele começou a furtar minhas coisas, levou tudo, minha televisão, DVD, meu carro, furtou tudo, até as comidas de dentro de casa, a última coisa que ele roubou antes de eu sair de lá foi minhas panelas.” (Artigo 4).

Para Abbey (2011) metade dos casos de violência sexual está diretamente relacionado ao abuso de álcool pelo agressor.

O artigo 7 evidencia que o álcool potencializa os episódios violentos. Ao serem questionados sobre o consumo excessivo de álcool, os parceiros se tornam agressivos. Ao serem entrevistadas, as mulheres revelaram que acabam se acostumando com a situação, o que só faz perpetrar ainda mais a violência, naturalizando as agressões. Os discursos permitiram perceber que as mulheres são vítimas de violência psicológica, sendo ameaçadas com arma branca e de fogo, e através de xingamentos desonrosos. Outras referem que, devido ao abuso de álcool, foram obrigadas a praticar ato sexual, mediante intimidação, ameaça e coação. As vítimas referem medo, impotência, culpa, baixa estima e submissão.

“Você vê uma pessoa até as 5 horas da manhã bêbado, usando droga dentro de casa, e acha que consegue dormir? Eu não conseguia dormir mais. Ele ficava na parte de baixo usando droga, e ia ficando transtornado. E o meu medo aumentava cada vez mais, depois daquele dia que ele queria me bater e jogar da escada. E se ele se revolta e quer matar a gente? Eu tava todo dia sem dormir um pingo, com medo, cada vez mais medo.” (Artigo 4).

De acordo com o Ministério dos Direitos Humanos (2017), O Canal de Atendimento à Mulher – Ligue 180, recebeu 73.668 denúncias de violência contra a mulher. Destas denúncias, 39.090 eram por violência física, 1.849 por violência moral, 892 por violência patrimonial, 22.013 por violência psicológica, 3.696 por violência sexual e 6.128 outros tipos de violência. Destas violências, 39.069 realizadas pelo companheiro, 11.449 pelo cônjuge, 3.583 pelo namorado e 19.567 outros níveis de relação com o agressor. Correlacionado com o abuso de substâncias, 27.756 eram usuários de álcool, 5.091 usuários de drogas, 14.555 de álcool e drogas e 26.266 não tinham relação com álcool/drogas ou não souberam informar.

Os discursos das vítimas e os dados coletados pelo Ministério dos Direitos Humanos mostram que o abuso de substâncias causa transtornos dentro do relacionamento, visto que não existe qualquer tipo de respeito, afeto ou segurança, e a relação é tomada pelo medo devido ao constante comportamento violento.

Tendo em vista o panorama apresentado é importante que o profissional enfermeiro seja capaz de identificar a violência doméstica durante seu atendimento, prestando cuidado humanizado e evitando a revitimização da mesma causada por uma assistência displicente (TRIGUEIRO et al, 2011).

Enfrentamento das vítimas

Esta categoria foi criada a partir de relatos de vítimas de violência sobre como lidavam com as agressões. O Artigo 5 trata sobre a representação de mulheres sobre a violência, foram abordadas 100 mulheres que procuraram pelo serviço de saúde em janeiro de 2011. Através da análise de palavras evocadas, as mais utilizadas foram agressão e desrespeito.

As mulheres entrevistadas trouxeram duas formas de agressão: a agressão física e a verbal.

“[...] a gente vê muito, muita agressão...É o que a gente mais vê hoje em dia na rua, muita gente, muito homem batendo em mulher, essas coisas.” (Artigo 5).

“Mas é uma coisa, assim, que fere bastante também, muitas vezes dói mais que você chegar e dar um tapa, conforme a palavra que é falada.” (Artigo 5).

De acordo com Soares (2005), as agressões verbais e humilhações causam dores que podem superar a dor física. Um parceiro que agride verbalmente a sua mulher, torna-se um agressor físico em potencial, devido aos ataques de fúria.

A palavra mais evocada para “justificar” as agressões, foi desrespeito. Segundo as mulheres, o desrespeito está diretamente ligado ao comportamento violento.

“Porque quando começa o desrespeito, aí pode acontecer qualquer coisa.” (Artigo 5).

A discriminação também foi mencionada, há um modelo imposto pela sociedade de que o homem teria mais valor que a mulher, e mesmo que os direitos legais sejam iguais, em contraste com a realidade pode-se ver a diferença.

“Porque, geralmente, a mulher sempre quer ter o mesmo direito que o marido e as vezes não é bem assim. Na verdade a mulher sempre tem que retrair mais. Tem sempre que se sujeitar mais.” (Artigo 5).

A palavra sofrimento trouxe consigo amargura, angústia, dor e tristeza. Este sofrimento é consequência das agressões físicas e psicológicas.

“Porque a dor não é dor... e dor física também, né? Mas é dor da alma, e dor lá no fundo mesmo.” (Artigo 5).

As violências evidenciadas pelas mulheres são cotidianas, e geram grande sofrimento para as vítimas, podendo desencadear doenças agudas e crônicas.

No Artigo 10 foram discutidos os fatores envolvidos na tomada de decisão de mulheres vítimas de violência, por apoio institucionalizado. Foi realizada uma pesquisa com 16 mulheres vítimas de violência por um parceiro íntimo, que procuraram o Centro de Referência e Atendimento a Mulher em Situação de Violência, para obter orientações.

As participantes relataram violência física, sexual e psicológica. A violência física foi caracterizada como: empurrões, tapas, tentativa de enforcamento, arremesso de objetos, torções de membro, puxões de cabelo, socos, dentre outros. Quanto a violência psicológica: ameaças, intimidação,

manipulação e humilhação. A violência sexual apresentada foi: coerção sexual, as mulheres cediam à relação sexual por medo do que poderia acontecer caso negassem. Eram obrigadas a manter relações diversas vezes, contra sua vontade, sem respeitar limites físicos ou emocionais.

As mulheres só procuraram ajuda quando sentiram que chegaram no limite e não puderam suportar as agressões:

“Eu sabia que não tinha mais jeito, eu não aguentava mais viver aquilo [a violência], eu preferia a morte do que voltar pra ele [o parceiro], eu já não suportava. Denunciei porque já estava cansada de esconder as agressões das pessoas e inventar desculpas. Ele está me maltratando e estou muito chateada. Preciso de ajuda, fui primeiro na Delegacia de Mulheres porque percebi que não adiantava fazer mais nada pra ele melhorar, ele está fora de controle. Sabia que se eu não buscasse ajuda agora, ele ia me prejudicar mais depois.” (Artigo 10).

Com a denunciar, as mulheres pretendem se livrar do medo, agressões e procuram ajuda quando sentem que sozinhas não vão conseguir.

Quando essas mulheres procuram ajuda da lei é porque já tentaram outras foram apaziguar as agressões. Por isso é necessário considerar a importância do preparo dos agentes policiais que vão receber essa denúncia, e ressaltar que esse atendimento deve ser padronizado. A Federação das Mulheres Gaúchas (2010) estabelece que os agentes policiais devem ter formação para o acolhimento dessas vítimas, até a modificação de espaços físicos adequados para a escuta das partes.

Quanto ao atendimento de enfermagem, as mulheres necessitam de acolhimento, sentimento de segurança, deve-se criar um vínculo através da escuta terapêutica. A qualificação do enfermeiro pode contribuir para um atendimento capaz de promover a saúde, com apoio institucional, esclarecendo dúvidas e minimizando os índices de reincidência dessas ocorrências.

Em relação ao que as entrevistadas pretendem repassar a outras mulheres, dá-se ênfase na independência:

“Meu arrependimento foi ter parado de trabalhar, agora estou procurando emprego. Sempre falo para as minhas vizinhas que a gente não pode depender de marido, precisamos trabalhar para ter renda própria. A mulher precisa cuidar da própria vida, mudando a maneira de pensar, para que a gente conquiste as coisas sem depender de ninguém. Quando o homem percebe que a mulher sabe

se impor, ele não faz abusos. Quero trabalhar pra alugar um quartinho pro meu filho morar comigo. Gosto de ser independente, comecei a me superar alugando vagas de garagem no quintal e vendendo roupas na rua.”(Artigo 10).

Para as participantes, o primordial é ter atitude e não se sujeitar as agressões, não aceitar pedido de desculpas. Para acabar com a violência contra a mulher, o primeiro passo deve ser tomado por elas.

Além do trabalho, outra ferramenta importante contra as agressões é a educação. Pois as mulheres que são alfabetizadas têm maior facilidade e acesso à formação de ideias, conseguem se impor de maneira mais crítica.

“Meu marido diz que depois que entrei para a escola fiquei esperta. Sei que eu era muito boba antes, sou do interior, e era mais inocente. Agora, estudando, sei mais das coisas e sei que a minha mudança é pra melhor. O estudo foi um refúgio que encontrei para sair mais de casa e não ficar o tempo todo com ele [o parceiro agressor]. Acho que eu posso estudar mais porque gosto também. Estudar é bom para aprendermos sobre tudo. Quero terminar minha faculdade, mas antes preciso arrumar trabalho.” (Artigo 10).

Segundo Saviani (2013) o trabalho e o estudo são formas de empoderamento, faz com que as mulheres se sintam mais confiantes e seguras, e cada vez menos se submetam a situações de violência, visto que são mais independentes.

Num contexto geral, o profissional da saúde precisa compreender a violência e saber reconhecer seus modos de manifestação. Buscar desenvolver ações de promoção à saúde e estratégias de enfrentamento. Não buscar somente o óbvio, como lesões e hematomas, mas ouvir atentamente essas mulheres, saber reconhecer seus sinais.

Percepção dos profissionais

Essa categoria foi criada para compreender a problemática de outro ângulo, ou seja, a partir das percepções de profissionais da enfermagem e discentes do curso de graduação.

Para Aguiar (2013) a assistência de enfermagem às vítimas de violência por parceiro íntimo deve ser planejada para assegurar a segurança,

acolhimento e satisfação as vítimas. Para isso é necessário que o profissional faça uso dos instrumentos básicos da enfermagem, das políticas públicas e legislação vigente, tendo conhecimento para prestar atendimento de qualidade e prevenir futuros agravos.

Sendo assim, o Artigo 6 abrange a visão das discentes de enfermagem frente a violência doméstica contra a mulher:

“Violência contra a mulher eu acho que é qualquer ato de humilhação contra a mulher, seja em qualquer ambiente, de menosprezar, de desrespeito.” (Artigo 6).

“Eu penso da mulher, que às vezes ela fica meio acuada, com medo de denunciar, fica com um receio de ser agredida de novo e ninguém acreditar nela, no serviço da delegacia.” (Artigo 6).

A partir do depoimento das discentes é possível perceber uma conotação negativa da violência contra a mulher, porém elas não identificam a violência doméstica como um problema de enfermagem. Tendo isso em vista, é necessário que seja implantado nos cursos de graduação de enfermagem o tema violência contra a mulher, a fim de capacitar os futuros profissionais.

O Artigo 11 aborda a percepção dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. O estudo realizado com profissionais da rede pública de São Paulo identificou que muitos casos de violência não são identificados, visto a grande dificuldade assistencial para a identificação dos sintomas ou pelo silêncio das vítimas. Diante disto, faz-se necessário que todos os envolvidos na assistência às usuárias do serviço de saúde saibam identificar sinais de violência, notificar e promover cuidados.

Em entrevista, ainda no Artigo 11, foi realizada uma pesquisa com 12 profissionais da saúde, dentre eles 2 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem. A entrevista foi dividida em três categorias: conceituando violência contra a mulher, conhecimento sobre notificação e denúncia e conhecimento sobre a lei que pune quem comete violência contra a mulher.

Conceituando a violência contra a mulher: “Violência contra a mulher não é só bater, mas [...] é também a violência sexual (Técnica de enfermagem).” (Artigo 11).

Conhecimento sobre notificação e denúncia:

“[...] Denunciar é ir à delegacia e registrar o que aconteceu (Técnica de enfermagem).” (Artigo 11).

“Denúncia é você ligar para o 180 (Técnica de enfermagem).” (Artigo 11).

“A denúncia é quando o conselho orienta esse paciente a fazer a denúncia de acordo com o protocolo (Enfermeira).” (Artigo 11).

Referente ao conhecimento sobre a lei que pune quem comete violência contra a mulher, os entrevistados mencionaram a Lei Maria da Penha. Fica evidente que os profissionais tem conhecimento da definição de violência, porém quando se trata de notificação e denúncia, o conhecimento é significativamente precário. O atendimento a essas vítimas torna-se ineficaz, visto que muitos profissionais não sabem o que fazer ou para onde encaminhar essas mulheres.

De acordo com o Artigo 12, a forma de violência contra a mulher mais conhecida pelos profissionais de enfermagem é a violência física:

“[...] A violência física podemos suspeitar quando aparece com um hematoma, alguma coisa meio visível, uma marca no rosto, alguma coisa que dê para enxergar pelo corpo. Quando têm marcas é mais fácil, por que às vezes a pessoa fica retraída, apresenta aspectos de depressão, pode até suspeitar, mas não quer dizer que seja aquilo.” (Artigo 12).

Faz parecer que, para os profissionais, com certeza só houve a violência quando há presença de hematomas ou outro sinal físico, e somente assim é realizado questionamento à paciente sobre o assunto. Na ausência dos sinais, cria-se um impasse, visto que o profissional não pergunta e a vítima não fala.

Segundo Fonseca et. al (2012), por não deixar marcas físicas, a agressão verbal e psicológica muitas vezes não é reconhecida como ato violento. Mulheres que são vítimas de violência pelo parceiro acabam por naturalizar esse fenômeno e, com o passar com tempo, chegam ao ponto de se culpar pelos atos violentos.

“Identifico que não tem muita informação e não enxerga uma saída para isso. Pode até ter ou existir saída, mas talvez ela não enxergue e não tenha quem ajude a enxergar. Também de alguma maneira deve achar que está merecendo, por que algumas acham que merecem [ser agredidas].” (Artigo 12).

Segundo Santi et. al, (2010) os principais motivos para que as mulheres se sujeitem à submissão e violência são a falta de apoio da família e o desconhecimento quanto aos seus direitos.

“Se tu tens só esse apoio, já basta; tu mudas tua vida, mas às vezes elas não têm. É uma das coisas que elas diziam: não tenho para onde ir, não tem a minha família, ninguém da minha família me quer.” (Artigo 12).

Portanto, ainda de acordo com o artigo 12, é de responsabilidade da enfermagem assumir um modelo de assistência para ir além do cuidado clínico, estabelecendo relação interpessoal entre a vítima e a equipe, prestando atendimento humanizado, com conhecimento acerca das leis e direitos dessas vítimas, saber orientá-las e encaminhá-las.

O Artigo 8 aborda o tema cuidar de mulheres em situação de violência. Realizou-se uma pesquisa com 10 enfermeiras a fim de conhecer as ações de cuidados com mulheres vítimas de violência.

As ações foram divididas em: aspectos clínicos e não clínicos. Sendo os aspectos clínicos os procedimentos técnicos de enfermagem, os não clínicos, a escuta terapêutica, orientações e encaminhamentos, caso necessário.

Quanto ao cuidado clínico:

“A gente praticamente faz só o que está prescrito. Se tem lesão se faz curativo, raio x, tomo, ultrassom, faz os exames[...] o controle de DST, AIDS e hepatite [...] e no que ela está estável ela é liberada.” (Artigo 8).

“A parte da implementação terapêutica mesmo, [...] em relação à medicação.” (Artigo 8).

“É um trabalho mais mecânico, cuidado com o corpo dela, com a saúde dela, com a evolução do quadro, recuperar o trauma que ela sofreu.” (Artigo 8).

O cuidado técnico realizado, sempre seguindo um protocolo, engloba aferir sinais vitais, administrar medicações, realizar curativos, exame físico, dentre outros. Sendo assim, o cuidado clínico possibilita a identificação de violência, porém o cuidado técnico torna-se mecânico. Há necessidade de interação destes profissionais com as vítimas que relatam a necessidade de

ver o profissional interessado não só em seus problemas físicos, mas também em repassar informações de serviços disponíveis e aconselhamento. O cuidado integral e holístico vai além da técnica, é de caráter humanizador e leva em conta o bem estar físico, social, mental e espiritual.

Cuidado não clínico:

“Procuro mostrar a elas que não precisam passar por aquilo [...] Que ela pode e tem alternativas, outras coisas que ela pode fazer da vida dela, que ela pode ir procurar um serviço, um juiz, ela pode ficar livre daquele parceiro, se ela não estiver bem ali naquela situação, que pode ter um trabalho [...] Eu procuro mostrar pra ela que ela é uma pessoa, que ela tem direito de ser feliz.” (Artigo 8).

“Eu gosto mais de ouvir do que falar. [...] é uma escuta pra poder ajudá-la, no sentido de ver o quê que seria melhor pra ela, naquele momento.” (Artigo 8).

“Eu tento conversar com elas pra que elas despertem que elas não são obrigadas a passar por isso [agressão pelo companheiro], pra buscar... tem ajuda, tem a delegacia da mulher, tem outros serviços de ajuda [...] pra que elas tenham visão assim dos seus direitos. Eu tento conversar com ela [...] e com a família [...].” (Artigo 8).

Quanto ao cuidado não clínico, as enfermeiras abordam a importância de denunciar e tentam amenizar e tranquilizar a mulher, fazer com que se sintam importantes, mostrando preocupação em reduzir as consequências e prevenir futuras agressões. A escuta terapêutica torna-se um momento de desabafo para essas mulheres, onde podem se expressar e tentar aliviar seu sofrimento.

Ao identificar um caso de violência, as profissionais conversam com suas pacientes a fim de orientá-las e ter consciência de que esses episódios violentos não são naturais. Encorajam o fortalecimento das vítimas, para saber dos seus direitos como mulheres, ajudando-as a sair do relacionamento, conseguir um emprego. Para Oliveira et. al (2014) a escuta qualificada requer a atenção integral, olhar com cuidado para a mulher vítima de violência, sabendo reconhecer as necessidades de cada uma.

Por outro lado, o cuidado não clínico nem sempre é uma realidade, algumas profissionais relataram a dificuldade de realizar uma escuta, visto a grande demanda de atendimento:

“Na emergência não tem esse sistema de ficar batendo papo, sempre tem uma coisa e outra pra fazer, se faz o que está prescrito, de forma rápida.” (Artigo 8).

“O contato nosso é muito pouco, às vezes, a gente nem fica sabendo que chegou uma agressão porque o pronto atendimento é sempre um corre-corre, tu tá envolvida, a gente se envolve com os leitos do fundo, com a urgência e emergência, sala de procedimentos. Não tem um momento que tu possa ter uma escuta, ou conversar.” (Artigo 8).

As enfermeiras relatam que há necessidade de encaminhamento para outros profissionais, como psicólogo e assistente social ou outros serviços, como casa de passagem, Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS).

“A parte psicológica, eu não cheguei a me envolver. Assim, esse tratamento eu acho que não era comigo. Tipo assim, o quê que aconteceu, orientar sobre a denúncia [...] deixar mais pro lado de quem realmente tem que fazer o trabalho, a assistente social ou psicólogo, quem é especialista nisso, um médico.” (Artigo 8).

“Um encaminhamento para o Centro de Referência Especializada em Assistência Social, que eu não sei te dizer se elas vão até lá, não sei se chegam, porque não tem esse sistema de contra referência.” (Artigo 8).

“Encaminhar não é problema, o problema assim é para aonde e quem vai receber. Mandamos embora, não encaminhamos pra lugar nenhum.” (Artigo 8).

Desta forma, o atendimento resume-se apenas em fazer o que está ao alcance do profissional, que soluciona apenas as marcas físicas na vítima, alguns entendem que esse tipo de atendimento não lhe compete, sendo obrigação de outro profissional, assim, quando encaminham a mulher, criam uma falsa ideia de resolutividade, visto que não há nenhum tipo de acompanhamento dessa vítima.

O Artigo 9 traz a identificação de violência especificamente em mulheres gestantes. Nas entrevistas realizadas com 23 enfermeiros, os participantes relataram que já atenderam vítimas de violência, porém, durante a gestação identificaram poucos casos. Quando se deparam com gestantes em situação de violência, é sempre durante a consulta pré-natal e a vítima costuma ter hematomas ou lesões.

“Ela estava com o braço engessado então não tinha como não ver, mas ela não referiu o que tinha acontecido, foi depois, em outra consulta, que contou tudo o que tinha acontecido.” (Artigo 9).

“Na primeira consulta de pré-natal estava com marcas e hematomas no braço. A mulher e o marido são usuários de crack e cocaína, e ela se prostituía para manter o vício de ambos, senão ele batia nela.” (Artigo 9).

A assistência pré-natal é um momento crucial para a identificação de violência, visto que nesse período as gestantes comparecem na unidade com mais frequência. Durante essas consultas, o profissional é capaz de criar um vínculo com a gestante, fazendo se sentir à vontade para falar. (BRASIL, 2016).

Outro aspecto que deve ser observado é o nível de dependência da vítima com o agressor:

“Fiz a ficha de notificação, orientei buscar a Delegacia da Mulher, encaminhei para serviço social e psicóloga, ajudei a conseguir Bolsa Família, mas por fim ela me disse: “Eu não posso sair de casa agora, não posso fazer nada, eu dependo dele, então o quê que eu vou fazer com esse bebê pra nascer?.” (Artigo 9).

Quando questionados sobre as formas de enfrentamento às gestantes violentadas, os enfermeiros relatam que encaminham para assistência especializada.

“A primeira providência seria abordar os aspectos psicológicos. Depois encaminhá-la para assistente social e psicóloga.” (Artigo 9).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) não são capacitados para atender vítimas de violência por parceiro íntimo, por falta de instrução na formação acadêmica. A maioria dos enfermeiros não se sente capacitado, e acabam transferindo essa responsabilidade para outros profissionais. (LEAL et. al, 2011).

“Eu teria que ter mais propriedade para saber onde encaminhar. Se tu encaminha para o lugar errado, fica naquele bate e volta o tempo todo, e acaba-se desacreditando na situação da mulher.” (Artigo 9).

“Carecemos de preparo para atender e ter uma rede de serviços para nos dar esse respaldo.” (Artigo 9).

Desta forma, é necessário avaliar o que o serviço de saúde pode oferecer à essas vítimas, o nível de capacitação dos profissionais e a forma como as vítimas encaram a situação de violência. Portanto, para um atendimento de qualidade funcionar, é necessária a reorganização do serviço, a fim de rever o cuidado e a articulação com demais serviços. Sendo assim, a enfermeira, juntamente com outros profissionais, devem fornecer acesso aos serviços de urgência e emergência e outros.

Outros artigos

Algumas pesquisas não se encaixavam em nenhuma das categorias citadas acima, e visto ser importante a inserção de todos os achados optou-se por discuti-los em uma categoria a parte.

De acordo com Lunardi (1993), a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, especializada no cuidado e costuma ser a primeira equipe de saúde a lidar com a violência contra a mulher. E antes de profissionais essas enfermeiras são mulheres, elas também podem ser vítimas de violência por um parceiro íntimo. O Artigo 2 aborda a VPI especificamente em mulheres enfermeiras. Um questionário realizado com 622 enfermeiras abordou os seguintes temas: abuso psicológico, abuso físico e abuso sexual.

A prevalência de abuso entre enfermeiras foi de 33%, 75,1% somente abuso psicológico, 1,5% somente abuso físico e 2% somente abuso sexual. Os maiores níveis de abuso foram encontrados em enfermeiras que mantinham a família com seu próprio salário, que viviam com crianças e/ou idosos dependentes e parceiro com classe social IIIa.

O Artigo 3 aborda o isolamento de mulheres em situação de violência. O apoio e as intervenções articuladas entre profissionais de saúde e programas de assistência não podem ser realizados se essa mulher se encontrar em isolamento. MILLER (1999) ressalta que as estratégias mais utilizadas por agressores para controlar suas companheiras são: cativeiro, isolamento e propaganda.

Na forma de controle cativo, a mulher é presa, trancada em casa, algumas vezes furam pneus do carro, esconde as chaves ou ameaçam-nas de morte caso desobedeçam. O isolamento tira a mulher de seu convívio social com os amigos, a família, impedindo de trabalhar. As mulheres que vivem assim relatam sentirem que são prisioneiras. (HIRIGOYEN, 2006.). E, por último, a propaganda, que nada mais é do que a ofensa, o agressor constantemente agride a mulher com palavras, desvalorizando, caluniando e humilhando.

Em pesquisa feita com 20 mulheres, evidencia os discursos de isolamento:

“Eu não tenho amigos, não tenho ninguém. Quando ele [parceiro íntimo] me agrediu, não contei nada pra ninguém. Ele não gostava que eu fosse ver minha família. Ele achava que eu era uma propriedade dele.” (Artigo 3).

“Viver isso tudo [violência] atrapalha demais, porque você fica com aquela coisa na cabeça te perturbando, e aí você acaba se escondendo. Eu me isolo. Quando começou a violência eu não procurei ajuda, foram anos de agressão, até eu procurar alguém pra me ajudar.” (Artigo 3).

Essas mulheres ressaltam vergonha e medo de denunciar:

“A gente tem vergonha de dizer que foi agredida. Estava em depressão porque não queria ver ninguém. É como se estivesse num lugar cheio de gente, mas me sinto só. Não queria que ninguém soubesse [da violência].” (Artigo 3).

Em isolamento social, as mulheres relatam ter dificuldade para expor as agressões e solicitar apoio da família ou amigos.

“A minha família nunca viu a violência que sofri, e eu não contava. Só o meu filho quem sabe, porque ele viu o pai me bater, e posso contar com meu filho, só com ele. Antes eu tinha muitos amigos, mas hoje, se afastaram porque ninguém suporta o meu ex [parceiro íntimo].” (Artigo 3).

“Ele [ex-parceiro íntimo] era tão agressivo que eu não tinha amigas. Se eu estivesse conversando com alguém, quando ele chegava já fazia ignorância, e minhas amigas saíam correndo. Ele botava medo, aí todo mundo se afastava de mim. Hoje eu tenho uma só amiga que considero muito porque ela me incentivou a ir na delegacia denunciar e me deu apoio emocional.” (Artigo 3).

Das mulheres entrevistadas, somente 06 procuraram apoio em instituições de saúde, como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Atenção Básica ou Hospitais. Porém, não evidenciavam a origem dos sinais e sintomas, assim a violência passava despercebida pelos profissionais.

“Eu sempre ia na UPA [Unidade de Pronto Atendimento] com muita enxaqueca, aí eles me passavam remédio. Acontecia sempre depois que ele [parceiro íntimo] me agredia, mas eu não contava sobre a violência.” (Artigo 3).

“Tenho medo de contar porque não sei como eles [profissionais de saúde] vão me tratar. Muita gente tem preconceito, acha que a gente provoca os homens pra bater na gente.” (Artigo 3).

“Perto da casa onde eu morava com ele [parceiro íntimo] tinha um hospital particular. Eu paguei pra ir lá e tratar da sífilis que eu peguei dele, mas nunca falei da violência, não me sentia segura pra isso.” (Artigo 3).

O fato de estar em situação de isolamento, aliada à falta de independência financeira e apoio familiar, faz com que essas mulheres se vissem cada vez mais presas a esses relacionamentos. O sentimento de vergonha, os maus tratos, o sentimento de ser vítima de preconceito, além dos traumas já sofridos, faz com que elas se isolem cada vez mais.

Sendo assim, o atendimento de enfermagem deve ser empático, fazer com que essa vítima sinta-se segura. É necessário investigar a raiz do problema, somente assim o enfermeiro poderá intervir com ações de diagnóstico e cuidados de enfermagem, a fim de prevenir futuros agravos físicos e psicológicos.

Diagnósticos de enfermagem

Ao decorrer da pesquisa percebeu-se a necessidade de elencar possíveis diagnósticos de enfermagem que poderão ser utilizados por profissionais de enfermagem ao atender as mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo.

Quadro 1 – Diagnóstico de enfermagem para mulheres vítimas de violência.

Diagnóstico de enfermagem
Ansiedade

Automutilação
Baixa autoestima situacional
Comportamento de saúde propenso a risco
Conforto prejudicado
Desesperança
Distúrbio no padrão de sono
Dor crônica
Insônia
Integridade da pele prejudicada
Integridade tissular prejudicada
Isolamento social
Medo
Padrão de sexualidade ineficaz
Processos familiares disfuncionais
Risco de dignidade humana comprometida
Risco de solidão
Risco de suicídio
Sentimento de impotência
Síndrome do trauma de estupro
Síndrome pós-trauma

Fonte: NANDA, 2015.

Por meio da sistematização de enfermagem o profissional de enfermagem pode controlar os cuidados realizados e aplicá-los de maneira eficaz e direcionada para cada caso específico. Desta forma, a assistência prestada será humanizada e de qualidade, atendendo as vítimas em suas necessidades físicas e emocionais.

Intervenções de enfermagem

Além dos procedimentos de enfermagem, o enfermeiro tem que ser capaz de estimular a vítima a falar sobre o caso de violência, saber identificar possíveis riscos de suicídio, identificar se essa vítima tem alguma rede de apoio primária (familiares e/ou amigos), dar valor ao relato da vítima e explicar que se trata de um documento que poderá ser utilizado para fins judiciais, realizar a ficha de notificação, que além de ser de grande importância para a obtenção de informações epidemiológicas, também deve ser considerada um instrumento de garantia dos direitos da mulher, posteriormente encaminhar a vítima para atendimento especializado, delegacia da mulher, e, se necessário, casa de passagem. É imprescindível realizar acompanhamento do caso, fazendo com que seja solucionado o problema em questão, a fim de não revitimizar a mulher.

Outras ferramentas que podem ser utilizadas são a realização de campanhas de conscientização na comunidade, distribuir folhetos e colar cartazes na unidade, essas práticas podem levar a revelação de casos de violência. A escuta terapêutica, que vai além de uma simples conversa, mas sim abordando o caso de maneira específica, podendo encontrar formas de resolver a situação de violência em que a mulher se encontra, durante esse processo o profissional deve ser capaz de apontar pontos positivos na vida da mulher, fazendo com que a mesma se sinta valorizada.

Portanto, a equipe de enfermagem, numa condição geral, precisa ser treinada para saber reconhecer casos de violência. Abrangendo desde agentes comunitários de saúde, os técnicos de enfermagem e enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão avaliou 12 estudos originais qualitativos sobre o tema “Violência por parceiro íntimo” em periódicos nacionais de enfermagem. Desses emergiram as seguintes categorias: Álcool e outras drogas (03 estudos), enfrentamento das vítimas (02 estudos), percepção dos profissionais (05 estudos) e outros artigos (02 estudos).

Todos os estudos eram de cunho qualitativo e exploratório, neste sentido não foram identificadas intervenções de enfermagem testadas para lidar com mulheres vítimas de abuso por parceiro íntimo ou mesmo propostas de ferramentas específicas para auxiliar o enfermeiro na abordagem desse tipo de ocorrência. A falta de material desta área pode estar ligada ao recorte específico imposto pelos critérios de inclusão definidos, sendo assim é importante considerar as limitações desse estudo, já que apenas uma fatia específica da produção no tema “aquelas acessadas em periódicos nacionais de enfermagem”.

A autora reconhece que estudos relevantes no tema, sobretudo aqueles produzidos em revistas internacionais de enfermagem ou outras áreas, não foram incluídos na presente revisão, dessa forma, embora o objetivo da revisão tenha sido plenamente alcançado, não é possível fazer generalizações da produção no tema.

A partir deste estudo, é possível perceber que a violência por parceiro íntimo, apesar de frequente, é pouco discutida entre os profissionais de enfermagem. A principal dificuldade encontrada pelos enfermeiros é constatar a agressão, visto que muitas vezes é violência psicológica ou verbal, e quando trata-se de violência física, a vítima não costuma revelar a origem dos hematomas e/ou lesões, muitas vezes por medo ou vergonha.

Por meio dos dados apresentados, destaca-se a importância do atendimento de enfermagem articulado com demais profissionais, a fim de promover atenção em saúde de qualidade, fazendo com que os encaminhamentos sejam realizados de maneira eficaz. A equipe de enfermagem necessita de conhecimento técnico e prático para lidar com mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, com capacidade para

reconhecer a agressão, orientar, elucidar dúvidas, propor métodos de empoderamento e encaminhar essa vítima para instituições de saúde e programas de assistência.

REFERÊNCIAS

ABBEY, A. **Alcohol's role in sexual violence perpetration: theoretical explanations, existing evidence and future directions**. Drug Alcohol Rev. 2011;30(5):481-9.

ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. **Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros**. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 1, fev. 2005. Acesso em: 10 Mar., 2019.

AGUIAR, Ricardo Saraiva. **O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica**. Revista de enfermagem do centro oeste mineiro. 2013.

AZEVEDO, Maria Amélia. **Violência física contra a mulher: dimensão possível da condição feminina, braço forte do machismo, face oculta da família patriarcal ou efeito perverso da educação diferenciada?**. Mulheres espancadas: a violência denunciada. São Paulo: Cortez, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. Brasília. 2017.

BRASIL. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Maria da Penha**. 2012.

CARNEIRO A.A; FRAGA, CK. **A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada**. Serv Soc Soc. 2012;(110):369-97.

CARTILHA DA FEDERAÇÃO DAS MULHERES GAÚCHAS. **Diga não à violência contra a mulher: assuma esta luta**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Confederação das Mulheres do Brasil, 2010.

COFEN. **Resolução nº 556/2017. Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil**. Brasília, 2017.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 [NANDA International]; organizadoras: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. – Porto Alegre : Artmed, 2015.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. Agosto. 2009 .

FERRAZ, Maria Isabel Raimondo et al. **O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica.** Cogitare Enferm, v. 14, n. 4, p. 755-9, out./dez., 2009.

FONSECA DH; RIBEIRO, CG; LEAL, NSB. **Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais.** Psicol Soc. 2012;24(2):307-14.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

HIRIGOYEN, Marie-France. **A Violência no Casal: da coação psicológica à agressão física.** Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M.A. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7.ed. São Paulo: Atlas, 2009. Acesso em: 12 Mar., 2019.

LEAL, SMC; LOPES, MJM; GASPAR, MFM. **Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem.** Interface (Botucatu). 2011.

LUNARDI, VL. **Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar.** Rev Bras Enferm. 1993.

MILLER, Mary Susan. **Feridas Invisíveis: abuso não-físico contra mulheres.** Trad. Denise Maria Bolanho. São Paulo: Summus, 1999.

MURARO, R. M. **Libertação Sexual da Mulher.** Petrópolis: Vozes, 1975.

OLIVEIRA, GCC; PAES, MSL. **Violência de gênero contra a mulher: A vivência deste fenômeno.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, V. 7 - N. 1 - Jul./Ago. 2014.

OLIVEIRA, RNG; FONSECA, RMGS. **Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(2):299-306

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** Organização Mundial da Saúde. 2012.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo.** In: **Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência.** Organização Mundial da Saúde, 2012.

PAIVA, SPC; VIANA, FJM; CAMPOS, TAF; et. al. **Álcool e violência contra a mulher: retrato da vulnerabilidade da mulher brasileira.** Revista Médica de Minas Gerais. 2016.

Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. **The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits**

from 15 capital cities and the Federal District. Cad Saúde Pública 2006; 22:425-37.

ROSA, D.O.A.; ALVES, R.C.S.R.; MELO, E.M.; MELO, V.H. **A violência contra a mulher provocada por um parceiro íntimo.** Belo Horizonte. 2013. Acesso em: 12 de Mar., 2019.

SAFFIOTI, H.I.B., ALMEIDA, S.S. **Violência de gênero: poder e impotência.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTI, LN; NAKANO, MAS; LETTIERE A. **Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social.** Texto Contexto Enferm. 2010 jul-set;19(3):417-24.

SAVIANI, D. **A pedagogia histórico-crítica, as lutas de classe e a educação escolar.** Germinal: Marxismo e Educação em Debate. 2013.

SILVA, ACLG; COELHO, EBS; NJAINE, K. **Violência Conjugal: As controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais.** Acesso em: 12 de Mar., 2019.

SOARES, B.M. **ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER-Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários(as).** Brasília. 2005 Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane Rodrigues de; ZANELLO, Valeska. **Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas.** Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2014.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; LABRONICI, Liliana Maria. **A Dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher: estudo exploratório.** Online Brazilian Journal of Nursing, [S.l.], v. 10, n. 2, out. 2011. ISSN 1676-4285.

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso **Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos** - Modalidade a Distância. Organizadores, Elza Berger Salema Coelho, Anne Carolina Luz Grüdtner Silva, Sheila Rubia Lindner. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

World Health Organization. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.** Geneva: World Health Organization; 2005.

REFERENCIAL DE ARTIGOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

1. VIEIRA, Letícia Becker et al. **Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2014, vol.67, n.3, pp.366-372. ISSN 0034-7167. Acesso em: 20 Abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140048>.
2. Rodríguez-Borrego M-A, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli da Rosa L. **Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2012 20(1):[08 telas]. Acesso em: 20 Abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_03.pdf.
3. ALBUQUERQUE NETTO, Leônidas de et al. **Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2017, vol.21, n.1, e20170007. Epub Jan 16, 2017. ISSN 1414-8145. Acesso em: 20 Abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170007>.
4. TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; LABRONICI, Liliana Maria. **A Dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher: estudo exploratório.** *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 10, n. 2, out. 2011. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3266>>. Acesso em: 15 Abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20113266>.
5. PALHONI Amanda Rodrigues Garcia, Amaral Marta Araújo, Penna Cláudia Maria de Mattos. **Representações de mulheres sobre violência e sua relação com qualidade de vida.** *Online braz j nurs* [Internet]. 2014 [citado 2019 Abril 15] ; 13(1): 15-24. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852014000100003&lng=pt.
6. SILVA Camila Daiane, Gomes Vera Lúcia de Oliveira, Fonseca Adriana Dora da, Gomes Marcos Tosoli, Arejano Ceres Braga. **Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem.** *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Abril 15] ; 39: e63935. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100419&lng=pt. Epub 23-Jul-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.63935>.
7. CARVALHO Milca Ramaiane da Silva, Oliveira Jeane Freitas de, Gomes Nadirlene Pereira, Santos Mariana Matias, Estrela Fernanda Matheus, Duarte Helenise Maria da Silva. **Interface entre a violência conjugal e o consumo de álcool pelo companheiro.** *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Abril 15] ; 71(Suppl 5): 2109-2115. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018001102109&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0540>.
8. CORTES Laura Ferreira, Padoin Stela Maris de Mello, Vieira Letícia Becker, Landerdahl Maria Celeste, Arboit Jaqueline. **Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de**

- equidade de gênero.** Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 [citado 2019 Abril 15] ; 36(spe): 77-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500077&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>.
9. MARQUES Samara Silva, Riquinho Deise Lisboa, Santos Maxuel Cruz dos, Vieira Letícia Becker. **Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes.** Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [citado 2019 Abril 15] ; 38(3): e67593. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300405&lng=pt. Epub 05-Abr-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67593>.
 10. ALBUQUERQUE NETTO, Leônidas de et al. **Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado.** Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2015, vol.36, n.spe, pp.135-142. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.54361>.
 11. MACHADO, Maria Elza de Souza. **Percepção dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher: estudo descritivo.** Online Brazilian Journal of Nursing. [online]. Acesso em: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/5596/pdf2
 12. ACOSTA Daniele Ferreira, Gomes Vera Lúcia de Oliveira, Oliveira Denize Cristina de, Marques Sérgio Corrêa, Fonseca Adriana Dora da. **Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural.** Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018 [citado 2019 Maio 03] ; 39: e61308. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100417&lng=pt. Epub 23-Jul-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>.

ANEXO

ANEXO A – DECRETO Nº 8.086, DE 30 DE AGOSTO DE 2013.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 8.086, DE 30 DE AGOSTO DE 2013

Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Programa Mulher: Viver sem Violência, que objetiva integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira.

§ 1º O Programa integra a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e as ações de implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

§ 2º A coordenação do Programa será de responsabilidade da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.

§ 3º A ampliação e a integração dos serviços de que trata o caput deverá ser acompanhada da qualificação e da humanização do atendimento às mulheres em situação de violência.

Art. 2º São diretrizes do Programa Mulher: Viver sem Violência:

I - integração dos serviços oferecidos às mulheres em situação de violência;

II - transversalidade de gênero nas políticas públicas;

III - corresponsabilidade entre os entes federados;

IV - fomento à autonomia das mulheres e à garantia da igualdade de direitos entre mulheres e homens;

V - atendimento humanizado e integral à mulher em situação de violência, observado o respeito aos princípios da dignidade da pessoa humana, da não discriminação e da não revitimização;

VI - disponibilização de transporte à mulher em situação de violência para o acesso aos serviços, quando não integrados, da rede especializada de atendimento;

VII - garantia e promoção de direitos das mulheres em situação de violência, em especial do acesso à justiça;

VIII - os eixos estruturantes do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; e

IX - as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Art. 3º O Programa Mulher: Viver sem Violência será desenvolvido, principalmente, por meio das seguintes ações:

Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2013/Decreto/D8086.htm

ANEXO B – LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.

[Violência](#)
([Vide ADI nº 4424](#))

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 2º Cabe à família, à sociedade e ao poder público criar as condições necessárias para o efetivo exercício dos direitos enunciados no caput.

Art. 4º Na interpretação desta Lei, serão considerados os fins sociais a que ela se destina e, especialmente, as condições peculiares das mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

TÍTULO II

DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

CAPÍTULO I

Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

ANEXO C – LEI Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

[LEI Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013.](#)

[Violência](#)

Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Art. 2º Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/lei/l12845.htm

ANEXO D – LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

[Regulamento](#)

[Violaência](#)

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1^ª Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1^º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 1^º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado. [\(Redação dada pela Lei nº 12.288, de 2010\)](#) [\(Violaência\)](#)

§ 2^º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3^º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2^ª A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3^ª A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4^ª As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5^ª A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm

ANEXO E – FICHA DE NOTIFICAÇÃO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
INDIVIDUAL**
**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS
VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS**

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14 Ocupação		15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado	
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? Física Visual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Mental Auditiva 9 - Ignorado	
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe	
	20 UF 21 Município de residência Código (IBGE) 22 Bairro de residência			
	23 Logradouro (rua, avenida, ...)			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
Dados de Residência	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado			
	32 UF 33 Município de Ocorrência		34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida, ...)			
	36 Número		37 Complemento (apto., casa, ...)	
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Sexual Tortura Psicológica / Moral Tráfico de seres humanos Patrimonial Negligência/ Abandono Trabalho infantil Outros			

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Pornografia infantil ☐ Estupro ☐ Exploração sexual ☐ Atentado violento ao pudor ☐ Outros _____			44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado ☐ Oral ☐ Anal ☐ Vaginal		
	45 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado ☐			46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Cuidador ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Madrasta ☐ Amigos/conhecidos ☐ Cônjuge ☐ Desconhecido ☐ Outros _____		
Dados do provável autor da agressão	47 Sexo do provável autor da agressão ☐ 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado			48 Suspeita de uso de álcool ☐ 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Aborto ☐ Gravidez ☐ DST ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outros _____					
Em casos de violência sexual	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Coleta de sangue ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sêmen ☐ Comunicação de Acidente de Trabalho ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei					
	51 Evolução do Caso 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado					
Evolução e encaminhamento	52 Se óbito pela agressão, data _____					
	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado ☐ Conselho tutelar (criança/adolescente) ☐ Delegacia Especializada da Mulher ☐ Centro de Referência da Assistência Social/CRAS ☐ Vara da infância / juventude ☐ Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente ☐ Casa de proteção / abrigo ☐ Outras delegacias ☐ IML ☐ Programa Sentinela ☐ Ministério Público ☐ Outros _____					
Classificação	54 Circunstância da lesão (confirmada) ☐ 55 Classificação final ☐ CID 10 _____ 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado					
	Informações complementares e observações					
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100		
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____				Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____		Função _____		Assinatura _____	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 28/06/2006						

ANEXO F – LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986

The screenshot shows the official website of the Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). At the top left is the Cofen logo. To its right is a search bar with the text "Pesquise no Portal Cofen" and a magnifying glass icon. Below the search bar is a navigation menu with five tabs: "Página Inicial", "Institucional", "Legislação", "Profissional", and "Imprensa". The "Legislação" tab is selected. Below the menu is a large white box containing the title "LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986" in bold blue text. To the right of the title is a small "Imprimir" button with a printer icon. Below the title is a short summary of the law: "Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências." The main body of the page contains the full text of the law, starting with "Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências." followed by "O presidente da República." and "Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:". The law consists of three articles: Art. 1º, Art. 2º, and a single paragraph (Parágrafo único).

LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

O presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º – A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Fonte: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html