

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA MATILDES DO NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

PICOS – PIAUÍ

2014

JÉSSICA MATILDES DO NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Valéria Lima de Barros

PICOS – PIAUÍ

2014

Eu, **Jéssica Matildes do Nascimento**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 14 de março de 2014.

*Jéssica Matildes do Nascimento*

Assinatura

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**N244v** Nascimento, Jéssica Matildes do.  
Violência contra a mulher: uma revisão integrativa /  
Jéssica Matildes do Nascimento. – 2013.  
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (45 p.)  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.MSc. Valéria Lima de Barros

1. Violência Sexual. 2. Violência Doméstica. 3.  
Violência contra a Mulher. I. Título.

**CDD 362.88**

JÉSSICA MATILDES DO NASCIMENTO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA**

Monografia submetida à Coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Se. Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Valéria Lima de Barros

Data de aprovação: 10 / 03 / 2014

BANCA EXAMINADORA:

*Valéria Lima de Barros*

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Valéria Lima de Barros (Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros  
Presidente da Banca

*Sery Neely Santos Lima Cruz*

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Sery Neely Santos Lima Cruz  
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros  
1<sup>º</sup>. Examinador

*Rhaylla Maria Pio Leal Jaques*

Prof<sup>ª</sup>. Rhaylla Maria Pio Leal Jaques  
Universidade Federal do Piauí/ Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros  
2<sup>º</sup>. Examinador

## **DEDICATÓRIA E GRATIDÃO ESPECIAL**

**Ao Sr. Deus,**

Por estar presente em todos os momentos, me guiando e dando forças para que eu possa lutar e alcançar os objetivos que sempre almejo. Por me mostrar que tudo que sonhamos pode ser concretizado e que, confiando Nele, tudo é possível.

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Ms. **Valéria Lima de Barros**, pela dedicação e disponibilidade de tempo para me orientar, pela paciência e por sempre estar de portas abertas, com um belo sorriso no rosto ao nos receber. Você sempre será um exemplo a ser seguido.

À minha querida Profa. **Rhaylla Maria Pio Leal Jaques**, pelo exemplo de pessoa e Enfermeira que és, e por todos os ensinamentos que, com certeza, levarei para a vida toda.

À minha mãe **Matildes**, pelo amor incondicional, responsável pela formação do meu caráter. Obrigada por acreditar que esse sonho se tornaria real.

Aos meus avós **Manoel e Margarida**, por me incentivarem a ter sempre perseverança e a acreditar que com esforço e dedicação, tudo é possível.

Aos meus tios **Vera, Ângela e Charles**, por me apoiarem e subsidiarem em tudo durante toda a caminhada e vida acadêmica.

Aos meus primos **Saulo Francisco e Ana Clara**, pelo carinho, amor e por deixarem a minha vida mais alegre e divertida. Amo vocês!

Aos meus familiares, por me apoiarem durante as fases da minha vida acadêmica.

Aos meus amigos de turma, em especial a **Denyse Lemos, Líris Tarcila, Elany Santos e Débora Vasconcelos** pela confiança, companheirismo, ensinamentos, trocas de experiências e apoio nas horas difíceis. Vocês terão sempre um lugar no meu coração.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização dessa conquista, **OBRIGADA!**

*“Nossa recompensa se encontra no esforço e não no resultado. Um esforço total é uma vitória completa.”*

Mahatma Gandhi

## RESUMO

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, visto que possui níveis elevados de prevalência e morbimortalidade em mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase reprodutiva de suas vidas. Contudo, com o desenvolvimento adequado dos programas de saúde existentes no país e com a qualificação dos profissionais de saúde, é possível melhorar essa realidade. Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa, realizada com o objetivo de analisar a produção científica brasileira, no período de 2009 a 2013, sobre os casos de violência contra a mulher. A busca aos artigos ocorreu em janeiro de 2014, nas bases de dados eletrônicas LILACS e BDNF, utilizando os descritores: violência sexual, violência doméstica e violência contra a mulher. De acordo com os critérios de inclusão, foram selecionados 25 artigos, cujas informações extraídas foram registradas em formulário. Os dados quantitativos foram inseridos em banco de dados do Microsoft Excel for Windows® 2010 para posterior análise. A análise mostrou a seguinte caracterização sociodemográfica das mulheres: 1) Idade entre 19 e 39 anos; 2) Estado civil: casadas; 3) Escolaridade: baixo nível; 4) Ocupação: trabalhavam; 5) Raça/cor: branca. No que se refere ao tipo de violência e local mais frequentes, encontrou-se violência física e ambiente doméstico. Quanto ao grau de parentesco do autor com a vítima da agressão, destacou-se o companheiro. No que diz respeito à assistência dos profissionais de saúde a essas vítimas, verificou-se que esta se limita ao tratamento profilático (uso de antirretrovirais e concepção de emergência) e encaminhamento para serviços especializados. Os achados deste estudo apontam para deficiências na qualidade do atendimento às mulheres vítimas de violência, como também a carência de serviços preparados para oferecer a assistência adequada a essas mulheres. Desta forma, evidencia-se como necessária a busca pela melhoria dessa realidade, através da qualificação profissional e estruturação dos serviços de saúde, como também a adoção de estratégias para o enfrentamento desse agravo.

**Palavras chave:** Violência Sexual. Violência Doméstica. Violência Contra a Mulher.

## **ABSTRACT**

Violence against women is considered a public health problem, since it has high levels of prevalence and mortality in women of low socioeconomic status and reproductive phase of their lives. However, with the proper development of existing health programs in the country and the qualifications of health professionals, it is possible to improve this situation. This study is in an integrative review, conducted with the aim of analyzing the Brazilian scientific production in the period 2009-2013 on cases of violence against women. The search for articles occurred in January 2014, in electronic databases LILACS and BDENF using the keywords: sexual violence, domestic violence and violence against women. According to the inclusion criteria, 25 articles, which were recorded on information extracted form were selected. Quantitative data were entered into a database in Microsoft Excel 2010 for Windows ® for further analysis. The analysis showed the following sociodemographic characteristics of women: 1) Age between 19 to 39 years, 2) Marital status: Married, 3) Education: low level, 4) Occupation: worked; 5) Race/Color: White. With regard to the type of violence and more frequent local met physical violence and domestic environment. The degree of relatedness of the author with the victim of the assault, his companion stood out. With regard to the assistance of health professionals to these victims, there was prophylactic treatment (antiretroviral use and conception of emergency) and referral to specialist services. The findings of this study point to deficiencies in quality of care for women victims of violence, as well as the lack of services prepared to offer appropriate assistance to these women. Thus, it is evident how necessary the search for improvement of this reality, through professional qualification and structuring of health services, as well as the adoption of strategies to cope with this condition.

**Keywords:** Sexual Violence. Domestic Violence. Violence Against Women.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1</b> - Esquema das etapas da revisão integrativa da literatura.....	21
<b>Figura 2</b> - Esquematização da seleção dos artigos a partir das buscas realizada.....	22
<b>Quadro 1</b> - Distribuição dos achados segundo as bases de dados eletrônicas no período de 2009 a 2013. Picos-PI, jan., 2014.....	25
<b>Tabela 1</b> - Caracterização dos estudos revisados acerca dos casos de violência contra a mulher. Picos-PI, jan., 2014.....	26
<b>Quadro 2</b> - Análise descritiva dos estudos revisados acerca dos casos de violência contra a mulher. Picos-PI, jan., 2014.....	27
<b>Quadro 3</b> – Dados socioeconômicos das mulheres vítimas de violência dos artigos analisados. Picos-PI, jan., 2014.....	30
<b>Quadro 4</b> – Caracterização da violência contra a mulher. Picos-PI, jan., 2014.....	32
<b>Quadro 5</b> – Assistência dos profissionais de saúde às vítimas de violência dos artigos analisados. Picos-PI, jan., 2014.....	36

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>AMRIGS</b>	Associação Médica do Rio Grande do Sul
<b>BDENF</b>	Base de Dados em Enfermagem
<b>BIREME</b>	Biblioteca Regional de Medicina
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
<b>SPM</b>	Secretaria de Políticas para as Mulheres
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UERJ</b>	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>VIVA</b>	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo e natureza do estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2</b>	<b>Etapas da revisão integrativa da literatura.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Escolha e definição do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2.2.</b>	<b>Crítérios para a busca da literatura e inclusão dos estudos.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Informações extraídas dos estudos selecionados.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2.5</b>	<b>Interpretação dos resultados.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2.6</b>	<b>Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.....</b>	<b>24</b>
<b>4.3</b>	<b>Aspectos éticos e legais .....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização geral dos estudos.....</b>	<b>25</b>
<b>5.2</b>	<b>Variáveis da Categoria.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Caracterização das mulheres dos estudos analisados.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Caracterização da violência contra as mulheres dos estudos analisados.</b>	<b>32</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Assistência dos Profissionais de Saúde.....</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, compreendida como agressões do tipo física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, é um problema de saúde pública, pois afeta a integridade física e a saúde mental da mesma. Na maioria das vezes, ocorre em ambiente doméstico e a vítima geralmente conhece o agressor.

Pesquisas e relatórios de organizações internacionais apontam que uma a cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero e perde um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco (BRASIL, 2012).

Para se ter uma ideia da magnitude do problema, estudo de base populacional, desenvolvido no Brasil, mediu a ocorrência de violência contra as mulheres, numa amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais. Nessa investigação, 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas (SCHRAIBER et. al., 2007).

No país, a violência doméstica - forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada - atinge 23% das mulheres, sendo que 70% desses crimes ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido. As violências resultam em lesões corporais graves, tais como chutes, socos, queimaduras, estupros, espancamentos e estrangulamentos e chegam a 40% dos casos. Os dados apontam, ainda, que o companheiro é responsável por 56% dos espancamentos e 70% pela destruição dos bens da casa (BRASIL, 2012).

De acordo com a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), a violência doméstica e familiar contra a mulher é definida como: qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Esta lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência contra a mulher, estabelecendo medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Esse tipo de crime afeta não só a vítima, mas também toda a família, o que torna a procura pelos serviços de saúde aumentada, implicando, assim, em um maior custo, não só para o sistema de saúde, mas também para polícia e os órgãos que assistem essas mulheres.

A violência produz danos à saúde da mulher e é responsável por muitas queixas, com as quais elas recorrem aos serviços de saúde, tais como problemas ginecológicos em

geral, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, insônia, ansiedade, disfunção sexual e desordem alimentar (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Assim é que, especial atenção deve ser dada à ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, em particular HIV/Aids, enquanto agravo à saúde devido à violência sexual. Estudos mostram a importância desse tipo de violência na transmissão do HIV/Aids, destacando-se a violência como importante componente da feminilização da epidemia (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008).

Baseando-se em uma perspectiva de gênero, a violência contra a mulher vem sendo entendida como o resultado das relações de poder entre homem e mulher, tornando-se visível a desigualdade que há entre eles, onde o masculino é quem determina qual é o papel do feminino, porém esta determinação é social e não biológica (SILVA, 2003).

Os serviços do nível básico de atenção à saúde lidam cotidianamente com esses problemas e, não raro, oferecem respostas ineficazes às mulheres, por não abordarem sua origem: a violência, muitas vezes cronicamente sofrida (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Diante do exposto, esse estudo buscará analisar as publicações científicas acerca do tema violência contra a mulher, identificando o perfil dessas mulheres, bem como as características da violência perpetrada e a assistência profissional prestada no atendimento a essas vítimas.

Considerando-se que os profissionais e serviços de saúde e, particularmente, o Enfermeiro, têm importância fundamental na interação com a mulher vítima de violência, seja no atendimento aos problemas ocasionados pela violência ou na assistência imediata, este estudo é de grande relevância, o que justifica o seu desenvolvimento, visto que o conhecimento sobre os casos de violência contra a mulher, responsáveis por grande demanda dos serviços de saúde, possibilitará maior embasamento para o desenvolvimento de ações que de fato atendam as necessidades dessa população, com profissionais capacitados e sensibilizados para a questão, a fim de que possam oferecer uma atenção especial com práticas humanizadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar a produção científica brasileira de 2009 a 2013 sobre os casos de violência contra a mulher.

### **2.2 Específicos**

- Traçar o perfil socioeconômico das mulheres vítimas de violência;
- Caracterizar a violência contra a mulher;
- Analisar a assistência dos profissionais de saúde à mulher vítima de violência.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A violência é um fenômeno que atinge a todos sem distinção de raça, cor, idade, etnia, gênero, condição social, profissão ou religião. Traz em sua gênese uma multiplicidade de fatores, ao envolver aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos. Suas consequências são consideráveis para a totalidade humana, pois, ao afetar o indivíduo, atinge diretamente aqueles que compõem as suas relações sociais, como a família e a sociedade (BATISTA et. al., 2013).

A violência contra a mulher é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “qualquer ato de violência baseada no gênero, que resulte em prejuízo físico, sexual ou psíquico-emocional à mulher, ocorrido em via pública ou privada” (KRUG et. al., 2002). É um tipo de crime caracterizado como universal, mascarado pela subnotificação e pela falta de debate sobre o tema, a despeito de tratar-se de sério problema de saúde pública pela sua elevada morbidade (VERTAMATTI et. al., 2013).

O advento da Lei nº. 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta lei conceitua diferentes tipos de violência, tais como: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Na definição da lei acima citada, a violência física é entendida como “qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal”. A violência psicológica, por sua vez, como “qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação” (BRASIL, 2006).

Ainda segundo a Lei Maria da Penha, a violência sexual é “qualquer conduta que constranja a mulher ao presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” (BRASIL, 2006).

No que se refere à violência patrimonial, esta é conceituada como “qualquer conduta ilegítima que configure perda, retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades”. A violência moral, por fim, seria “qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria” (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a violência é entendida como uma violação dos direitos das mulheres, onde a mesma perde sua liberdade, seus direitos como cidadã e o respeito diante das agressões físicas, psicológicas e sexuais.

Dados mundiais mostram que quase metade das mulheres assassinadas é morta pelo marido ou namorado, atual ou ex. Ademais, a violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente, e até 47% declaram que sua primeira relação sexual foi forçada (OMS, 2002). No Brasil, a violência contra a mulher é um dos maiores problemas de saúde pública, atingindo um quarto da população, excetuando-se os casos não notificados e a violência psicológica que de tão incidente deixou de ser percebida como agressão por não causar danos físicos severos (LUCENA et. al., 2012).

A violência contra a mulher, na abordagem de gênero, considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres. Contrapõe-se ao entendimento do enfoque hegemônico clássico, que “naturalizou” as desigualdades entre os sexos, determinando consequências que impactam a vida e as relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher de sua emancipação social. A contradição de gênero é uma das três grandes contradições produzidas na sociedade ocidental. As outras duas são referentes à classe e à raça/etnia (LUCENA et. al., 2012).

A repercussão da violência na saúde das mulheres reflete na deficiência das ações de prevenção de riscos à saúde reprodutiva, constituindo-se um fator obstaculizador do planejamento familiar, da proteção ao HIV/Aids e da prevenção a riscos obstétricos, perdas fetais e baixo peso ao nascer (COSTA et. al., 2011).

Segundo a gravidade do ato, Alberto et al. (2012) apontam que os abusos sexuais podem ser divididos em:

- a) Abusos sensoriais: como pornografia, exibicionismo, linguagem sexualizada;
- b) Abusos por estimulação: como carícias impróprias em partes consideradas íntimas, masturbação, contatos genitais incompletos;
- c) Abusos por realização: tentativa de violação ou penetração, oral, anal ou genital.

Entre os efeitos físicos causados pela violência intrafamiliar estão: obesidade, síndrome de dor crônica, distúrbios gastrintestinais, invalidez, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo, morte, entre outros. Além disso, existem sequelas psicológicas, as quais suprimem a autoestima dos familiares, com a possibilidade de gerar riscos elevados de sofrerem problemas mentais como depressão, estresse pós-traumático, fobia, consumo de drogas e uso abusivo de álcool, além da tendência ao suicídio (BES et. al., 2013).

Os profissionais de saúde e, em especial o Enfermeiro, tem um grande papel no que diz respeito ao diagnóstico precoce e prevenção dos problemas decorrentes da violência. Além disso, podem atuar de forma multiprofissional na identificação dos agravos, orientando, notificando e articulando os atendimentos entre os serviços de saúde.

As mulheres, em geral, tendem a esconder a violência vivida, muitas por medo do agressor e outras por vergonha social, dependência financeira, impunidade e carência de serviços de saúde que assistam essa população.

Assim é que, pesquisa desenvolvida em todas as regiões do Brasil, com uma população de 2.002 mulheres, na faixa etária de 16 anos ou mais, apontou as razões que levam as mulheres a não denunciarem o companheiro e seguirem com o relacionamento. Evidenciou-se, neste estudo, que 24% das mulheres ouvidas atribuem o fato à falta de condições econômicas para viver sem o companheiro; 23% ressaltam a preocupação com os filhos. O terceiro motivo chama a atenção pela gravidade, visto que 17% das entrevistadas acreditam que as mulheres não abandonam o agressor com medo de serem mortas (VIEIRA et. al., 2012).

Os serviços de saúde constituem o lócus privilegiado e estratégico para detectar condições de risco e identificar as possíveis vítimas de violência doméstica. Além disso, estas ações representam possibilidades para identificar alguns dos elementos a serem avaliados pelo enfermeiro ao atender estas pessoas e, desta forma, contribuir para explicitar o problema e dar a visibilidade compatível com sua magnitude e amplitude social (BATISTA et. al., 2013).

Entretanto, experiências em instituições hospitalares e unidades de saúde sugerem que as questões referentes à violência contra as mulheres ainda são abordadas de forma superficial e com pouco impacto na resolução e prevenção do problema. Além disso, a falta de habilidade dos profissionais de saúde e de outras áreas em lidar com essa situação ecoa na perpetuação de um desequilíbrio de forças que contribui para que mulheres sejam vulneráveis à violência perpetrada, principalmente, pelos seus parceiros. (ALVES; OLIVEIRA; MAFFACCIOLLI, 2012).

Mesmo em países desenvolvidos, poucos profissionais perguntam rotineiramente sobre violência. Ao agirem assim, alegam falta de tempo; constrangimento em abordar o tema com mulheres que não aparentam ter problemas com violência; medo de que lhes revelem situações com as quais não saberiam e não teriam recursos para lidar; falta de treinamento; falta de suporte nos serviços de saúde e na comunidade para auxiliar as mulheres; desconhecimento de medidas cientificamente aprovadas para lidar com situações de violência (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Para prestar uma assistência qualificada é necessário mais que um olhar clínico para identificar as necessidades e os aspectos peculiares que estão relacionados ao processo de adoecimento. É preciso olhar para as subjetividades da mulher, permitindo espaço de escuta sem julgamentos. Assim, os profissionais precisam desenvolver a sensibilidade, no sentido de identificar a violência como agravo à saúde e a necessidade de uma ação articulada, visto que o fenômeno extrapola o setor saúde, levando à necessidade da articulação em rede (GOMES et. al., 2012).

Para que as práticas profissionais em saúde e em Enfermagem possam ser instrumentos que contribuam para a emancipação social feminina, deve-se fomentar o desenvolvimento de relações sociais igualitárias e o reconhecimento das diferenças. Denota-se a possibilidade de um cuidado de saúde que considere o processo saúde doença, como dinâmico e relacionado às significações dos fenômenos. Inclui-se ainda a necessidade de transformação dos valores e costumes hegemonicamente defendidos e aceitos, mediada por uma atitude de desnaturalização (VIEIRA et. al., 2012).

Diante disso, a violência transforma-se em um problema, visto que afeta a saúde individual e coletiva, sendo necessário colocar em prática as políticas públicas já existentes e a criação de serviços voltados especificamente para a saúde da mulher, fazendo com que todos os profissionais de saúde estejam capacitados para atenderem essa população.

Dessa forma, como nos recomendam Vieira et al., (2012), para a implementação das políticas públicas, os profissionais de saúde, em especial, da enfermagem, devem construir espaços de interlocução com vistas à transformação social, ampliando assim sua compreensão sobre a complexidade da violência.

A institucionalização das práticas sociais contra a violência de gênero, que resultou na criação das Delegacias da Mulher, pode ser entendida como parte do processo de consolidação da democracia em curso no país, no qual as mulheres passaram a ter, em princípio, garantia de direitos sociais, proteção policial e acesso à justiça. Nesse cenário, a

violência contra a mulher passou a ser considerada uma questão de direitos humanos (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012).

O Ministério da Saúde (MS), em 2004, como resultado dos avanços nas discussões da problemática abordada, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Esta incorpora a perspectiva de gênero, a integralidade e a promoção da saúde nas ações de enfrentamento da violência.

Na esteira de conquistas políticas, o País adotou ainda um instrumento legal para prevenção da violência e proteção da mulher, a já anteriormente citada Lei nº 11.340/2006, denominada Maria da Penha, que representa importante marco de efetivação da política para as mulheres, visto que amplia o acesso à justiça e reduz a impunidade. Para tanto, perpassa pela divulgação e disseminação da necessidade de mudança cultural, para que aconteça a erradicação da violência contra as mulheres.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo e natureza do estudo**

Levando-se em consideração a crescente quantidade e complexidade de informações envolvendo a área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de maneiras capazes de delimitar etapas metodológicas mais breves, fornecendo, assim, aos profissionais, uma melhor utilização das evidências ilustradas em vários estudos. Nesse sentido, a revisão integrativa surge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e o agrupamento da aplicabilidade de resultados de estudos expressivos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

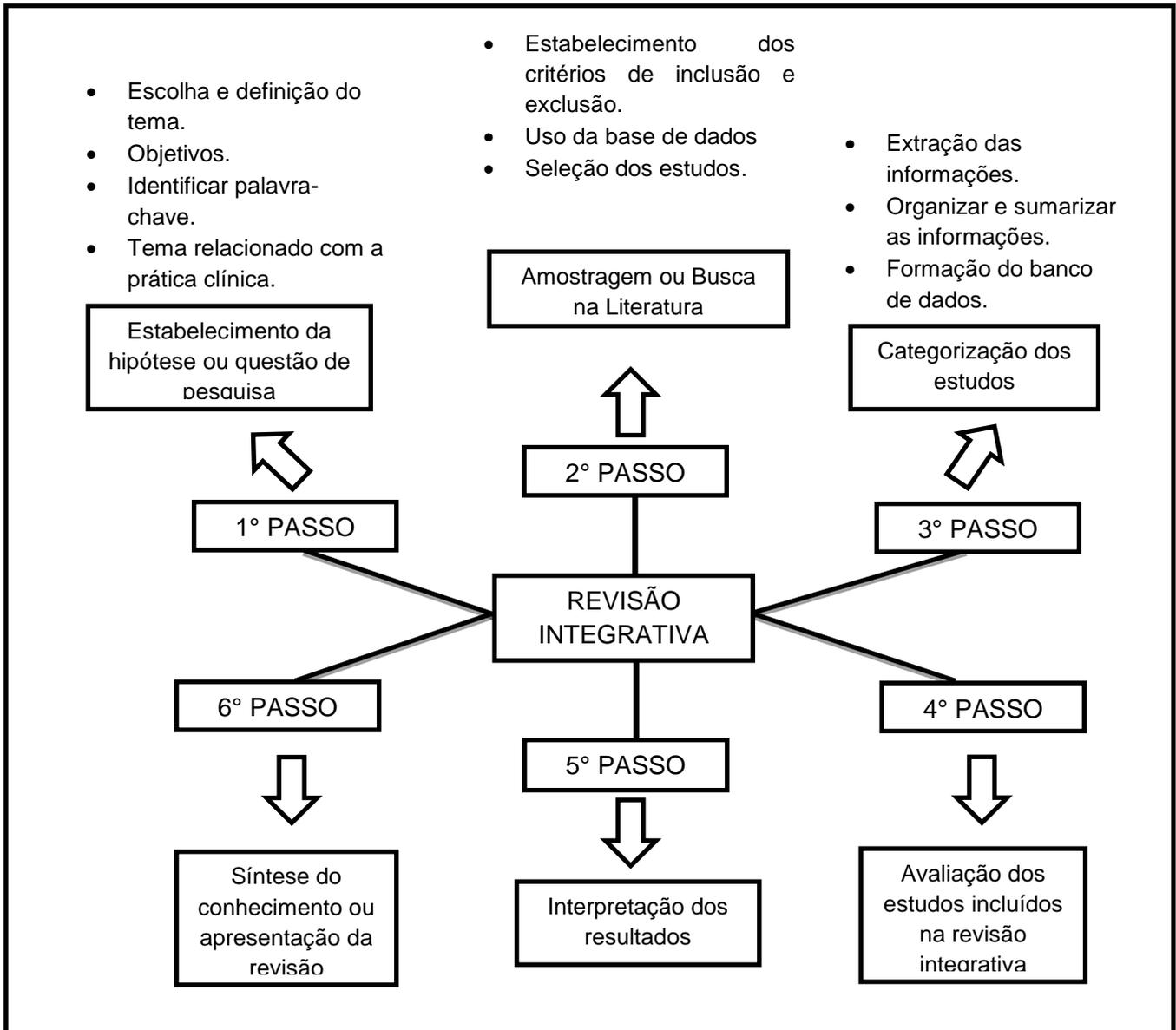
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica acerca do tema violência contra a mulher. Esse método possibilita a síntese dos estudos analisados, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos e facilitar a tomada de decisão em relação às intervenções (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

### **4.2 Etapas da revisão integrativa da literatura**

Para a busca de dados, foi realizado um levantamento da literatura científica apresentada, análise e síntese dos resultados e, para tal, foram obedecidas às seis etapas indicadas por Mendes; Silveira; Galvão (2008), para cumprir criteriosamente todos os passos necessários para a busca de evidências sobre Violência Contra a Mulher.

Estas etapas encontram-se descritas na Figura 1, sendo elas:

- 1) Escolha e definição do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa;
- 2) Amostragem ou busca na literatura;
- 3) Critérios para categorização dos estudos para a coleta de dados;
- 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão;
- 5) Interpretação dos resultados;
- 6) Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.



Fonte: Mendes; Silveira, Galvão (2008).

**Figura 1** -- Esquema das etapas da revisão integrativa da literatura.

#### 4.2.1 Escolha e definição do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa

Diante da temática a ser abordada, ressalta-se a importância da síntese dos conhecimentos já existentes na literatura. Desse modo, para melhor investigação, elaborou-se as seguintes perguntas norteadoras: O que a literatura científica mais relata sobre a violência contra a mulher, no que se relaciona ao perfil da vítima e características da agressão perpetrada? Qual a assistência dispensada a estas vítimas por parte dos profissionais e serviços de saúde?

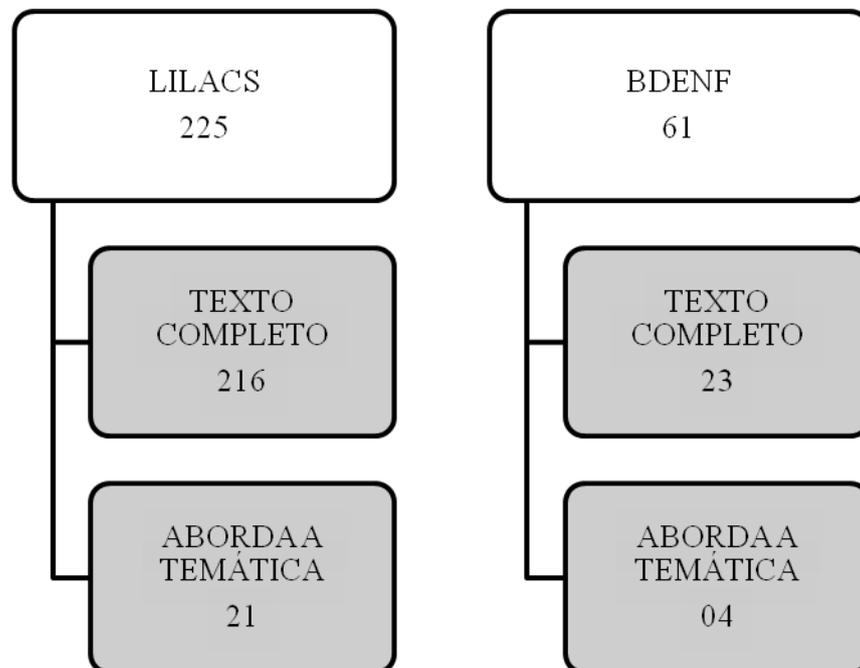
#### 4.2.2 Critérios para a busca da literatura e inclusão dos estudos

A busca nas bases de dados foi realizada no mês de janeiro de 2014. Para a seleção dos artigos, foi utilizado acesso online das seguintes bases de dados eletrônicas disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Para o levantamento dos artigos foram empregados os descritores extraídos da biblioteca de terminologia em saúde (DeCS/BIREME): *Violência Sexual*, *Violência Doméstica* e *Violência Contra a Mulher*. A busca foi realizada utilizando os descritores em português, associando-os ao conectivo booleano *and*.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a presente revisão foram: artigos disponíveis eletronicamente, na íntegra, em português, tendo como assunto principal a violência contra a mulher, inseridos no período de 2009 a 2013. Os artigos que se repetiram foram contabilizados apenas na primeira vez em que apareceram, sendo excluídos os que apareceram posteriormente. Após uma leitura minuciosa, foram também excluídos aqueles que não abordavam especificamente o tema em estudo.

Na Figura 2 destacam-se, em quadro síntese, os resultados preliminares da busca realizada pelo pesquisador.



**Figura 2** – Esquematização da seleção dos artigos a partir das buscas realizadas.

### **4.2.3 Informações extraídas dos estudos selecionados**

Para análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foi elaborado pela pesquisadora um formulário (APÊNDICE A), a ser preenchido para cada artigo selecionado para compor a amostra final do estudo. Tal instrumento foi necessário para caracterizar as publicações e extrair os principais resultados destas, que contribuíram para encontrar subsídios para responder às questões norteadoras da revisão integrativa.

Neste instrumento foram coletadas informações relativas a:

- ✓ Identificação do estudo: base de dados, título do artigo, nome dos autores, formação do autor principal, local de realização da pesquisa (região do país), periódico, natureza do estudo, ano de publicação.
- ✓ Caracterização do estudo: objetivo(s); tipo de estudo; população/amostra; local onde o estudo aconteceu; resultados.

Para facilitar e organizar a pesquisa, foram criadas três categorias de estudo, com a finalidade de buscar respostas para os objetivos da pesquisa.

São elas:

Categoria 1: Caracterização das mulheres dos estudos analisados.

Categoria 2: Caracterização da violência contra a mulher.

Categoria 3: Assistência dos profissionais de saúde às mulheres vítimas de violência.

### **4.2.4 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa**

Nesta etapa, foi realizada uma leitura mais detalhada dos artigos selecionados, na qual almejou-se uma análise mais crítica e reflexiva de resultados já apresentados por esses estudos, conforme indicado por Mendes; Silveira; Galvão (2008). Depois de uma análise mais aprofundada das características gerais dos artigos, das metodologias utilizadas e dos resultados apresentados, foram sintetizadas as informações em comum nos estudos, baseando-se nas perguntas norteadoras.

Além disto, após leitura dos artigos selecionados, as informações coletadas foram digitadas em banco de dados. Todos os registros foram armazenados em um arquivo específico do programa Microsoft® Excel 2010.

### **4.2.5 Interpretação dos resultados**

A interpretação dos resultados foi realizada por meio de avaliação crítica dos estudos revisados e comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Dessa forma, foi possível identificar, ao final, os tipos de violência e local mais frequentes, assim como o grau de parentesco da vítima com o autor da agressão e ainda a assistência dos profissionais de saúde dispensadas às mulheres vítimas de violência.

#### **4.2.6 Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão**

Além da caracterização geral dos estudos, realizou-se uma análise detalhada dos artigos, gerando assim uma síntese dos conhecimentos, esquematizada no próximo capítulo deste estudo. O documento com as etapas percorridas para chegar às respostas das perguntas-problema se constituirá deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que contempla o conhecimento existente sobre a temática pesquisada no mês de janeiro de 2014.

Ressalta-se a pretensão da autora em divulgar os resultados aqui descritos em eventos científicos e publicá-los em periódicos.

#### **4.3 Aspectos éticos**

Por se tratar de uma pesquisa com materiais disponibilizados em base de dados virtuais, não foi necessário a obtenção de anuência do Comitê de Ética em Pesquisa ou dos autores dos estudos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa analisou publicações científicas inseridas no período de 2009 a 2013, que abordaram a temática da violência contra a mulher. Optou-se por apresentar os resultados e discuti-los concomitantemente.

### 5.1 Caracterização geral dos estudos

A busca realizada nas bases de dados encontrou 286 artigos, sendo 239 selecionados para análise. Entretanto, 214 não coincidiam com o objetivo em estudo, totalizando, ao final, a inclusão de 25 artigos. O Quadro 1 fornece as informações sobre as bases de dados e relaciona o total de artigos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos a partir das análises realizadas. Destaca-se que a base de dados que apresentou o maior número de publicações foi a LILACS, com 225 artigos, seguida pela BDENF, com 61 artigos. Os estudos selecionados receberam um código com sequência alfanumérica, com o objetivo de facilitar a identificação dos mesmos.

**Quadro 1** - Distribuição dos achados segundo as bases de dados eletrônicas no período de 2009 a 2013. Picos-PI, jan., 2014.

<b>Bases de Dados</b>	<b>Encontrados</b>	<b>Pré-selecionados</b>	<b>Repetidos</b>	<b>Excluídos</b>	<b>Incluídos</b>
<b>LILACS</b>	225	216	02	193	21
<b>BDENF</b>	61	23	02	17	04
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>239</b>	<b>4</b>	<b>210</b>	<b>25</b>

Os artigos provenientes dos critérios de elegibilidade foram incluídos, tabulados e analisados, de acordo com a Tabela 1.

Em seguida, realizou-se análise descritiva dos artigos, de acordo com as seguintes características: ano de publicação, periódico, título, autores, local de realização da pesquisa (região do país), formação do autor principal e delineamento do estudo. Essas informações encontram-se dispostas no Quadros 2.

**Tabela 1** - Caracterização dos estudos revisados acerca dos casos de violência contra a mulher. Picos-PI, jan., 2014.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>NATUREZA</b>		
Quantitativo	14	56%
Qualitativo	10	40%
Quanti-Qualitativo	1	4%
<b>LOCAL (REGIÃO)</b>		
Nordeste	4	16%
Centro-Oeste	2	8%
Sudeste	10	40%
Sul	9	36%
<b>PERIÓDICO</b>		
Esc. Anna Nery	2	8%
Rev. Bras. Epidemiol.	1	4%
Revista da AMRIGS	1	4%
Cad. Saúde Pública	1	4%
Estudos de Psicologia	1	4%
Saúde Soc. São Paulo	2	8%
Rev. Gaúcha Enferm.	3	12%
Rev. Rene	2	8%
Psicologia da Saúde	1	4%
Rev. Saúde Pública	1	4%
Psicologia em Estudo	2	8%
Rev. Inst. Ciênc. Saúde	1	4%
Journal of Human Growth and Development	1	4%
Associação Brasileira Psicologia Política	1	4%
Rev. Enferm. UERJ	1	4%
Epidemiol. Serv. Saúde	2	8%
Rev. Esc. Enferm. USP	1	4%
R. Enferm. Cent. O. Min.	1	4%
<b>ANO</b>		
2009	4	16%
2010	5	20%
2011	8	32%
2012	3	12%
2013	5	20%

**Quadro 2** - Análise descritiva dos estudos revisados acerca dos casos de violência contra a mulher. Picos-PI, jan., 2014.

ARTIGO	BASE	TÍTULO	AUTORES/ANO	REGIÃO	PERIÓDICO	DELINEAMENTO
A1	LILACS	Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas	Moura; Netto; Souza, 2012.	Sudeste	Esc. Anna Nery	Transversal, descritivo, quantitativo
A2	LILACS	Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde	Schraiber; Barros; Castilho de, 2010.	Sudeste	Rev. Bras. Epidemiol.	Transversal, quantitativo
A3	LILACS	Violência sexual. Experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil	Madi et al., 2010	Sul	Revista da AMRIGS	Transversal, quantitativo
A4	LILACS	Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil	Oshikata et al., 2011	Sudeste	Cad. Saúde Pública	Longitudinal, quantitativo
A5	LILACS	Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher	Gadoni-Costa; Zucatti; Dell'Aglio, 2011	Sul	Estudos de Psicologia	Estudo documental, quantitativo
A6	LILACS	Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência	Villela et al., 2011	Sudeste	Saúde Soc. São Paulo	Exploratório, qualitativo
A7	LILACS	A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica	Pedrosa; Spink, 2011	Sudeste	Saúde Soc. São Paulo	Entrevista, Qualitativo
A8	LILACS	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	Hesler et al., 2013	Sul	Rev. Gaúcha Enferm.	Exploratório, descritivo, qualitativo
A9	LILACS	Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência	Costa da et al., 2011	Nordeste	Rev. Rene	Descritivo, analítico, quantitativo
A10	LILACS	Relacionamento conjugal e o fenômeno da violência doméstica: um estudo de caso	Torossian; Heleno; Vizzotto, 2009	Sudeste	Psicologia da Saúde	Qualitativo
A11	LILACS	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	Osís; Duarte; Faúndes, 2012	Sudeste	Rev. Saúde Pública	Descritivo, transversal, quantitativo
A12	LILACS	A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres	Vieira; Padoin; Landerdahl, 2009	Sul	Rev. Gaúcha Enferm.	Qualitativo
A13	LILACS	Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise	Lima de; Werlang, 2011	Sul	Psicologia em Estudo	Saturação de dados, qualitativo

A14	LILACS	Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência	Ramos; Medici; Puccia, 2009	Sudeste	Rev. Inst. Ciênc. Saúde	Descritivo, exploratório, quantitativo
A15	LILACS	Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida	Vieira et al., 2011	Sul	Esc. Anna Nery	Qualitativo
A16	LILACS	Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana do Recife	Melo; Silva da; Caldas, 2009	Nordeste	Psicologia em Estudo	Quanti-qualitativo
A17	LILACS	Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil	Vertamatti et al., 2013	Sudeste	Journal of Human Growth and Development	Descritivo, retrospectivo, quantitativo
A18	LILACS	Violência entre parceiros íntimos: uma análise relacional	Cortez; Souza; Queiróz, 2010	Sudeste	Associação Brasileira de Psicologia Política	Entrevista, qualitativo
A19	LILACS	Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher	Gomes et al., 2012	Nordeste	Rev. Enferm. UERJ	Descritivo, qualitativo
A20	LILACS	Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressão no Brasil, 2001-2011	Garcia; Freitas de; Hofelmann, 2013	Centro-Oeste	Epidemiol. Serv. Saúde	Estudo ecológico de séries temporais, quantitativo
A21	LILACS	Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificadas em Recife, PE, 2012	Silva e et al., 2013	Nordeste	Epidemiol. Serv. Saúde	Descritivo, quantitativo
A22	BDENF	Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência	Ilha; Leal; Soares, 2010	Sul	Rev. Gaúcha Enferm.	Quantitativo
A23	BDENF	Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada Maria	Labronici et al., 2010	Sul	Rev. Esc. Enferm. USP	Quantitativo
A24	BDENF	Profissionais de saúde significando a permanência da mulher na relação de violência conjugal	Gomes et al., 2013	Sul	Rev. Rene	Qualitativo
A25	BDENF	Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa	Moura; Guimarães; Crispim, 2011	Centro-Oeste	R. Enferm. Cent. O. Min.	Revisão integrativa, quantitativo

\*Os estudos em destaque (cinza) correspondem àqueles onde o autor principal é um(a) enfermeiro(a).

Em relação à natureza dos estudos, encontrou-se que 56% (14) deles eram de natureza quantitativa. Os tipos de estudos encontrados foram: transversal, descritivo, longitudinal, documental, exploratório, entrevista, saturação de dados, retrospectivo, ecológico de séries temporais e revisão integrativa, conforme disposto na Tabela 1. Vale ressaltar que alguns autores não fizeram referência à natureza do estudo na metodologia, optando por deixar subentendido, o que foi possível identificar no decorrer da leitura.

No que diz respeito aos locais de realização das pesquisas que originaram os estudos analisados, a região com maior número de publicações foi o Sudeste (40%). Em seguida, aparecem a região Sul (36%), Nordeste (16%) e Centro-Oeste (8%). Não foram encontrados estudos desenvolvidos na região Norte.

Considerando os periódicos de publicação dos estudos analisados, verifica-se que os artigos que compuseram a amostra foram publicados em 18 periódicos diferentes. Dentre eles, a Revista Gaúcha de Enfermagem apresentou o maior quantitativo, com três artigos. Em seguida, destacaram-se: Escola Anna Nery, Saúde e Sociedade São Paulo, Revista Rene, Psicologia em Estudo, Epidemiologia e Serviços de Saúde, com duas publicações cada. As demais revistas apresentaram apenas uma publicação, cada. São elas: Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista AMRIGS, Cadernos de Saúde Pública, Estudos de Psicologia, Psicologia da Saúde, Revista de Saúde Pública, Revista Instituto Ciência Saúde, Journal of Human and Development, Associação Brasileira Psicologia Política, Revista de Enfermagem da UERJ, Revista da Escola de Enfermagem da USP.

A revista Gaúcha de Enfermagem, que se destacou por apresentar o maior quantitativo de artigos selecionados para esta revisão, é publicada trimestralmente pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Destina-se à publicação de artigos da produção científica da Enfermagem e áreas afins.

Quanto ao período em que os estudos foram publicados, verificou-se que em 2011 houve um maior número de publicações (32%) acerca da temática em foco. Destaca-se que, neste ano, a Presidência da República, por meio da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), criada em janeiro de 2003, lançou a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com a finalidade de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional (BRASIL, 2011).

## 5.2 Variáveis da Categoria

### 5.2.1 Caracterização das mulheres dos estudos analisados

Nessa categoria, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres vítimas de violência, de acordo com a idade, estado civil, escolaridade, ocupação (se trabalha ou não) e raça/cor. As características encontradas pelos autores dos diferentes estudos podem ser observadas no Quadro 3.

**Quadro 3** – Dados socioeconômicos das mulheres vítimas de violência dos artigos analisados. Picos-PI, jan., 2014.

Nº	VARIÁVEIS				
	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	TRABALHA	RAÇA/COR
A1	20 a 39 anos	Solteira	Ensino Fundamental	Sim	Branca
A2	19 a 28 anos	Casada	9 a 11 anos de estudo	-	Não negra
A3	19 anos	-	1º grau	-	Branca
A4	<19 e >20 anos	Solteira	-	-	Branca
A5	24 a 45 anos	-	Ensino Fundamental Incompleto a Superior Completo	Sim	-
A6	-	-	-	-	-
A7	-	-	-	-	-
A8	-	-	-	-	-
A9	20 a 39 anos	Casada	Até 8 anos de estudo	Sim	-
A10	33 anos	Casada	-	-	-
A11	18 a 49 anos	Casada	8 anos de estudo	Sim	Branca
A12	-	-	-	-	-
A13	> 30 anos	-	Baixo nível	-	-
A14	12 a 18 anos	Solteira	-	-	Branca

A15	-	-	-	-	-
A16	-	-	-	-	-
A17	20 a 39 anos	Solteira	2º grau	-	-
A18	25 a 39 anos	Casada	-	-	-
A19	-	-	-	-	-
A20	20 a 39 anos	-	7 anos de estudo	-	Parda
A21	20 a 39 anos	-	-	-	Parda
A22	18 a 29 anos	-	-	-	-
A23	19 a 49 anos	Solteira	Ensino Fundamental Incompleto	Não	-
A24	-	-	-	-	-
A25	-	-	-	-	-

Dentre os artigos selecionados, encontrou-se que 16 deles buscaram identificar as características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência. Nesse quesito, percebeu-se uma proximidade nos dados encontrados por Osis, Duarte e Faúndes (2012); Costa da et al. (2011) e Schraiber, Barros e Castilho de (2010), no que se refere a idade, estado civil, escolaridade, ocupação e raça/cor, conforme pode ser observado no Quadro 3.

As características sociodemográficas das mulheres, encontradas pelos autores nos estudos acima citados, mostram que estas eram predominantemente brancas, casadas, tinham baixo nível de escolaridade e trabalhavam. No que se refere à idade, esta variou de 19 a 39 anos.

Verificou-se, portanto, que o perfil das mulheres pesquisadas vítimas de violência, correspondeu a mulheres jovens, que viviam com o companheiro, tinham de 8 a 11 anos de estudo, o que corresponde a Ensino Fundamental Completo, possuíam alguma ocupação e, na sua maioria, eram de cor branca.

Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) em 2.114 municípios notificantes, no ano de 2011, mostram que, nesse ano, foram registradas no país 107.530 notificações de violência. Excluindo-se os casos com sexo ignorado, do total de notificações registradas, 75.033

(69,8%) referiam-se a vítimas do sexo feminino, sendo a maior proporção de ocorrência de violência por faixa etária observada naquelas de 20 a 29 anos (24,4%) e de 30 a 39 anos (18,9%). Quanto à raça/cor, os brancos representaram 41,3% dos casos (BRASIL, 2013).

Para Ilha; Leal; Soares (2010), a violência doméstica atinge, principalmente, mulheres na faixa de idade produtiva e reprodutiva, resultando, daí, significativos índices de incapacidade ou morte, como, por exemplo, o de que um em cada cinco dias de falta ao trabalho ocorre em decorrência da violência doméstica sofrida por mulheres.

No que se refere à ocupação, estudo realizado por Melo; Silva; Caldas (2009) podemos observar que o fato das mulheres trabalharem fora de casa foi fator motivador para serem agredidas por seu companheiro. Como pontuado por Soihet (2002), mediante as mudanças econômicas e entrada da mulher no mercado de trabalho, os homens ficaram desprovidos de poder e de autoridade num espaço que era seu – no trabalho e na política – e o seu exercício de mando na esfera privada, ou seja, na casa e sobre a família também foi perdido. Nesse ponto, qualquer ameaça a sua autoridade lhe provoca forte reação, pois, perdeu os substitutos compensatórios para a sua falta de poder no espaço mais amplo (...) precipitando soluções extremas de autoridade junto à família (MELO; SILVA DA; CALDAS, 2009).

### 5.2.2 Caracterização da violência contra as mulheres dos estudos analisados

A categoria em questão objetivou caracterizar a violência contra a mulher apontada nos estudos analisados. É o que apresenta o Quadro 4.

**Quadro 4** – Caracterização da violência contra a mulher. Picos-PI, jan., 2014.

<b>TIPO DE VIOLÊNCIA</b>	<b>ARTIGOS</b>
Sexual	A3, A4, A7, A14, A17, A25
Física	A10, A11, A15, A16, A18, A20, A21, A22, A23, A24
Moral	
Patrimonial	
Psicológica	A1, A5, A9, A18
Violência por Parceiro Íntimo	A2
Doméstica	A13

<b>GRAU DE PARENTESCO</b>	<b>ARTIGOS</b>
Conhecido	A1, A4
Parceiro íntimo	A2, A11, A13
Companheiro	A5, A8, A9, A15, A19, A24, A25
Cônjuge	A10, A16, A22
Ex-companheiro	A17
Desconhecido	A3, A7, A14, A18, A23
<b>LOCAL DE OCORRÊNCIA</b>	<b>ARTIGOS</b>
Ambiente doméstico	A1, A8, A9, A16, A18, A21
Via pública	A4, A14, A20, A22
Ambiente privado	A3

Investigou-se aqui o tipo de violência perpetrada, bem como o grau de parentesco da vítima com o agressor e o local onde ocorreu a agressão, apontados pelos estudos.

#### a) Tipo de violência

Segundo a Lei nº. 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) existem cinco formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, a saber: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Esta lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

No que diz respeito ao tipo de violência mais frequente, de acordo com os artigos analisados, observou-se predomínio da violência física, assinalada em dez deles. Exemplo disso, estudo realizado em Recife (PE) por Silva et al. (2013), com o objetivo de descrever os casos de violência notificados naquele município, encontrou que a violência mais notificada foi a física (49,5%), seguida pela violência sexual (23,9%). A violência psicológica/moral representou 20,8% das notificações, e a financeira/patrimonial, 1,7% dos casos.

A violência física costuma eclodir após o acúmulo de pequenos conflitos, às vezes mal negociados e sequer notados pelos companheiros. Esta violência é amiúde referida como praticada pelos homens contra a mulher (CORTEZ; SOUZA; QUEIRÓZ, 2010)

Em se tratando da violência física, estudo realizado por Melo; Silva; Caldas, (2009), encontrou que foram registrados 64.8% dos casos em que se utilizaram instrumentos perfuro-contundentes (facas, cadeiras, fios de telefone, escopro e pedaços de ferro) no momento da discussão ou da agressão física. Isso indica que – sempre depois de enredada

uma discussão o agressor – tomado por violenta emoção, utiliza qualquer instrumento próximo de seu alcance, possibilitando assim, mortes ou ferimentos graves.

Quanto ao local do corpo lesado, os membros superiores e inferiores, quando associados aos traumas de tórax/abdômen, face, coluna cervical e cabeça, são o segundo local do corpo mais lesado pela agressão. As lesões na parte superior do corpo (face, pescoço e braços), demonstram, não só a tentativa de proteger-se da agressão, por parte da vítima, mas também a intenção do agressor em humilhar e agredir a dignidade da mulher (ILHA; LEAL; SOARES, 2010).

#### b) Grau de parentesco

De acordo com a análise, 21 artigos incluídos apontaram o grau de parentesco da vítima com o agressor. Nesse quesito, na maioria dos estudos (sete) o agressor era o companheiro da vítima. Em seguida, aparece o agressor desconhecido, apontado em cinco artigos.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Gadoni-Costa; Zucatti; Dell’Aglío (2011). Os dados levantados por estes autores apontaram que em 70,1% dos casos o agressor era o companheiro da vítima, e que em apenas 3,1% dos casos era desconhecido. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada seis mulheres no mundo sofre violência doméstica, sendo que em 60,0% dos casos a violência foi perpetrada por marido ou companheiro (OMS, 2005).

Esses achados confirmam a valorização do homem em relação à mulher no que diz respeito à violência de gênero, além da dominação dele sobre a inferioridade dela, e que muitas vezes a mesma perde a autonomia e o direito de tomar decisões, inclusive sobre seu próprio corpo.

Nesta perspectiva, na análise das relações conjugais, percebe-se que o exercício do poder ocorre de forma desigual entre os sexos, sendo que as mulheres ocupam posições subalternas. Essa condição de subalternidade que agrava a violência contra as mulheres está voltada à capacidade de autodeterminar-se sexualmente e socialmente, o que a torna mais vulnerável à agressão física do companheiro (HESLER et al., 2013).

Muitas vezes a violência surge pela cobrança excessiva de responsabilidade da mulher, assumidas atualmente no mundo moderno, complementadas pelas tarefas já reconhecidas como “femininas” como o cuidado a casa e aos filhos, além da satisfação sexual do marido. O ritmo intenso do trabalho extradomiciliar não exclui as obrigações da mulher em

realizar tarefas dentro do lar. A obediência aos maridos/companheiros vai desde o cuidado pessoal até o desempenho sexual (COSTA et al., 2011).

Além do fator financeiro, a impunidade, o medo, a dependência emocional e o constrangimento de ter a vida averiguada, são motivos que resultam na desistência da denúncia ou do seguimento da ação penal. O preconceito e o despreparo das autoridades e dos prestadores de serviço em atender à mulher violentada, também, são barreiras que dificultam o acesso destas à justiça, já que muitas vezes são tidas como causadoras da situação que gerou a violência (COSTA et al., 2011).

### c) Local de ocorrência da agressão

Em seis artigos, foi possível observar que a violência contra a mulher acontece em ambiente doméstico (MELO; SILVA; CALDAS, 2009; CORTEZ; SOUZA; QUEIRÓZ, 2010; COSTA et al., 2011; MOURA; NETTO; SOUZA, 2012; HESLER et al., 2013; SILVA et al., 2013). Esses dados corroboram com os achados anteriormente expostos, relacionados ao grau de parentesco da vítima com o autor, onde, em geral, este é o companheiro da vítima.

Ao analisar os dados referentes à violência sofrida, Costa et al., (2011) puderam evidenciar que o *locus* da violência, na maioria dos casos (84,3%), foi a própria residência da mulher, cujas agressões eram perpetradas pelo companheiro que residia com esta (81,2%). Como principal motivo desencadeador da agressão, foram relatados alcoolismo, machismo, ciúme e traição. As vítimas sofreram violência por períodos de até dez anos até decidirem realizar a denúncia (48,4%).

Moura; Netto; Souza (2012), ao estudarem o perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência, assistidas nas delegacias especializadas, encontraram que a maioria das mulheres que registrou ocorrência, relatou que a violência vivenciada foi na residência, o que restringe o número de pessoas que possam ter testemunhado a situação de violência. Nesse contexto, o homem sofre a violência nas ruas, nos espaços públicos, em geral, praticada por outro homem, e a mulher sofre a violência masculina dentro de casa, no espaço privado; seu agressor, em geral, é (ou foi) o namorado, o marido, o companheiro ou o amante.

Por muitos anos, o ambiente doméstico era tido como um espaço feminino, onde a mulher cuidava do lar, dos filhos, da família; hoje, pode-se observar, diante dos estudos analisados, é que este mesmo ambiente é hoje o palco onde, na maioria das vezes, as mulheres são violentadas e pelo próprio companheiro.

### 5.2.3 Assistência dos Profissionais de Saúde

Nessa categoria, buscou-se analisar a assistência prestada pelos profissionais de saúde às mulheres às vítimas de violência. Nesse quesito, foi possível verificar que apenas onze, dos 25 estudos selecionados, abordavam essa questão. Estes resultados encontram-se no Quadro 5.

**Quadro 5** – Assistência dos profissionais de saúde às vítimas de violência dos artigos analisados. Picos-PI, jan., 2014.

ARTIGO	ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS
A1	-
A2	-
A3	- Tratamento profilático completo nas primeiras 72 horas após a violência. - Realizado coleta de material forense.
A4	-
A5	-
A6	- Hospitais: é referido que o serviço de emergência não é um lugar específico para o atendimento da mulher violentada, exceto se a lesão física provocada implica risco de morte, sequelas ou gravidez. - UBS: não costumam receber mulheres com queixas de violência, ressaltando a existência de serviços especializados.
A7	- Medicação profilática. - Encaminhamento da mulher para o ambulatório de moléstias infecciosas. - Despreparo prático e emocional dos profissionais.
A8	- Estratégias de cuidado junto com a equipe: vínculo, escuta e diálogo com a mulher vítima de violência. - Orientações sobre seus direitos.
A9	-
A10	-
A11	- Encaminhamento para o serviço de referência.
A12	- Disponibilizar uma sala reservada. - Despreparo para identificar casos de violência contra as mulheres. - Encaminham para o psicólogo.
A13	-
A14	- Anticoncepção de emergência. - Uso de antirretrovirais (profilaxia para o HIV).
A15	- Déficit de comunicação entre a mulher e os profissionais.
A16	-
A17	-
A18	-
A19	- Apoio psicossocial para toda a família.

	- Articulação entre os serviços de saúde.
A20	-
A21	-
A22	-
A23	-
A24	- Apoio psicológico e social.
A25	- Realizam acolhimento

De acordo com os dados analisados, é possível observar que a assistência dos profissionais de saúde às mulheres vítimas de violência está relacionada, sobretudo, ao tratamento profilático, uso de antirretrovirais e anticoncepção de emergência, encontrada em três artigos (RAMOS; MEDICCI; PUCCIA, 2009; PEDROSA; SPINK, 2011; MOURA; NETTO; SOUZA, 2012). Em seguida, aparece o encaminhamento para serviços especializados, assistência descrita em outros três artigos (VILLELA ET AL., 2011; PEDROSA; SPINK, 2011; OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Quanto ao uso de antirretrovirais, Ramos; Medici; Puccia (2009) encontraram que um número significativo de mulheres iniciou a profilaxia para o HIV quando receberam o primeiro atendimento no serviço de violência sexual. Isto se explica, em parte, pelo temor da vítima em adquirir HIV em função de uma violência sexual. Entretanto, o estudo verificou ainda que apenas 40,7%, ou seja, menos da metade das mulheres completaram a profilaxia anti-retroviral, evidenciando a grande necessidade de reformulação da assistência, em especial no que se refere ao seguimento ambulatorial dos casos.

Outra questão que também merece ser colocada em destaque, evidenciada pelos estudos analisados, é o despreparo prático e emocional que muitos profissionais de saúde relatam ter frente à assistência a essas vítimas (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009; PEDROSA; SPINK, 2011; VIEIRA et al., 2011).

A dificuldade da identificação da violência e encaminhamento da mulher foi também atribuída à forma rápida que a assistência é realizada, o que impede o estabelecimento de diálogo. Os profissionais alegam isto à complexidade e natureza do trabalho do pronto socorro principalmente, quando são priorizados casos em que há risco de vida. Neste cenário os esforços concentram-se na reparação de casos agudos, havendo uma lacuna no que diz respeito à prevenção e reabilitação da mulher. Reitera-se, assim, uma assistência racional e intervencionista, sinônimo de instrumentalização (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Esse pensamento dos profissionais entrevistados sugere que as situações de violência vivenciadas pelas mulheres não são consideradas uma emergência, exceto se a lesão física provocada implica risco de morte, sequelas ou gravidez. Ao mesmo tempo, o fato de que as mulheres devem ser encaminhadas para um local “específico” ou “especializado” sugere também que a violência que se exerce contra elas é algo que deve ser deixado longe, em outro lugar, onde apenas os profissionais que optaram por lidar com o problema da violência são os responsáveis.

Esse mecanismo de afastamento talvez esteja relacionado à proximidade que os profissionais, tanto homens como mulheres, têm do problema, estas por compartilharem a experiência de submissão e muitas vezes também da violência, aqueles por se perceberem como autores de violência, mesmo que na dimensão simbólica, o que os coloca em lugares sociais ambíguos e embaraçosos (VILLELA et al., 2011)

Nesse sentido, autores ressaltam a importância do preparo técnico e emocional do profissional para identificar as possíveis situações de violência contra as mulheres, recomendando a escuta sensível e um acolhimento adequado e resolutivo, bem como a formação de equipes multiprofissionais, que possibilitem implementação de programas de atendimento às mulheres nesta situação (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

A política pública de saúde recomenda o uso de serviços de apoio como meios de enfrentamento à violência, na tentativa de buscar a reestruturação moral, psíquica e social da mulher. Estudo realizado por Vieira; Padoin; Landerdahl (2009) encontrou que, quando questionados sobre o conhecimento de serviços de apoio para encaminhamento das mulheres em situação de violência, as referências apontadas pelos profissionais dizem respeito à Delegacia de Polícia para Mulher e o serviço municipal de apoio psicossocial às vítimas de violência. Esses profissionais relatam que fazem as primeiras orientações e encaminham as mulheres para esses serviços, mas desconhecem seu funcionamento e não sabem quais as ações que são desencadeadas, o que evidencia que não formalizam um diálogo, nem um fluxo de atendimento com os demais serviços.

## 6 CONCLUSÃO

A violência contra a mulher e as dificuldades relacionadas à falta de assistência a essas vítimas são considerados como problema de saúde pública no Brasil, visto que cabe ao governo e aos profissionais de saúde executar de forma adequada os respectivos programas de saúde implantados no país, realizando não apenas o atendimento para o qual são procurados, mas também investigando, sempre que possível, a existência de um suposto caso de violência e desenvolvendo atividades educativas que tenham como alvo as mulheres.

Este trabalho teve como foco analisar a produção científica brasileira, de 2009 a 2013, sobre os casos de violência contra a mulher. A caracterização geral das publicações revisadas identificou que, em 2011, houve um maior número de publicações acerca da temática, sendo a Revista Gaúcha de Enfermagem o periódico com maior número de publicações sobre o tema. A maioria dos artigos era de natureza quantitativa e oito deles eram estudos descritivos. Quanto à região do país na qual a pesquisa foi desenvolvida, destacou-se o Sudeste e o Sul.

Os resultados encontrados demonstraram que os objetivos do estudo foram atingidos, ainda que tenham sido escassas as informações relacionadas aos casos de violência contra a mulher. No mais, a análise dos estudos revisados permitiu identificar as características socioeconômicas das mulheres vítimas de violência, o tipo de violência mais frequente, o grau de parentesco do autor da agressão com a vítima, o local de ocorrência da agressão e a assistência profissional dispensada a essas mulheres.

Quanto aos dados socioeconômicos, encontrou-se que, na maioria dos casos, as mulheres são vitimadas principalmente no período da vida reprodutiva e ativa, resultando assim em danos à saúde. A maior parte delas possui baixo nível de escolaridade, são de cor branca, estão em união estável ou são casadas.

No que se refere às características da violência perpetrada contra a mulher, destacou-se a violência física como sendo o tipo de violência mais frequente, sendo o agressor, em geral, o companheiro. Ademais, o local onde essa violência acontece mais frequentemente é no ambiente doméstico/familiar.

Verificou-se, ainda, que a assistência prestada pelos profissionais de saúde a essas mulheres limita-se tão somente a administração da medicação profilática e ao encaminhamento da vítima para outros serviços. Os resultados indicam ainda o despreparo prático e emocional dos profissionais, para lidarem com os casos de violência.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de maior conhecimento e capacitação dos profissionais para o atendimento à mulher vitimada, com vistas a oferecer um atendimento integral e não apenas aquele focado tão somente nos problemas físicos, pois, além destes, os problemas psicológicos também afetam a saúde da mulher, como também da família e profissionais envolvidos.

Percebe-se, ainda, a necessidade da estruturação dos serviços de saúde para que haja um melhor atendimento às vítimas de violência. Assim como também, a articulação entre os recursos e serviços existentes, sendo indispensável que os profissionais conheçam estes serviços e suas competências.

Por fim, sugere-se uma aproximação maior na relação entre a Enfermagem e as mulheres vitimadas, de modo que a assistência seja sistematizada entre os serviços de apoio, tais como hospitais, unidades de saúde, pronto atendimento, delegacias, escolas, comunidade, e domicílios, entre tantos outros. Dessa forma, o atendimento será mais efetivo, com resultados mais eficazes e, conseqüentemente, com respostas que de fato atendam as expectativas e necessidades dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTO, M. de F. P. et al. Os agentes sociais da rede de proteção e atendimento no enfrentamento da exploração sexual comercial. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 25, n. 1, p. 130-138, 2012.
- ALVES, E. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. de; MAFFACCIOLLI, R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 141-147, 2012.
- BATISTA, J. M. S. et al. O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 173-178, 2013.
- BES, T. M. et al. Relação da violência intrafamiliar e o uso abusivo de álcool ou entorpecentes na cidade de Pelotas, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 1, p. 9-13, 2013.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2006. Acesso em 02 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Acesso em 22 jan. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. Volume 44. Nº 9 – 2013.** Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidemiologico\\_numero\\_9\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf). Acesso em 22 jan. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica.** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- CORTEZ, M. B.; SOUZA, L. e QUEIROZ, S. S. de. Violência entre parceiros íntimos: uma análise relacional. **Rev. psicol. polít.**, v. 10, n. 20, p. 227 – 243, 2010.
- COSTA, A. M. da et al. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. **Rev. Rene**, v. 12, n. 3, p. 627-635, 2011.
- GADONI-COSTA, L. M.; ZUCATTI, A. P. N. and DELL'AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a

mulher. *Estud. psicol. (Campinas)*, v. 28, n. 2, p. 219 – 227, 2011.

GOMES, N. P. et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 20, n. 2, p. 173-178, 2012.

HESLER, L. Z.; COSTA, M. C. da; RESTA, D. G. and COLOME, I. C. dos S. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 1, p. 180 – 186, 2013.

ILHA, M. M.; LEAL, S. M. C.; SOARES, J. S. F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 31, n. 2, p. 328-334, 2010.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R.: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002, 4:351.

LUCENA, K. D. T. de et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 6, p. 1111-1121, 2012.

MELO, Z. M. de; SILVA, D. M. da; and CALDAS, M. T. Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana do Recife. *Psicol. estud.*, v. 14, n. 1, p. 111 – 119, 2009.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOURA, M. A. V.; NETTO, L. de A.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Esc. Anna Nery*, v. 16, n. 3, p. 435-442, 2012.

Organização Mundial da Saúde. *Violência contra a mulher*. Geneva: OMS, 2005.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 351-358, 2012.

PEDROSA, C. M. and SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde soc.*, v. 20, n. 1, p. 124 – 135, 2011.

RAMOS, C. R. A., MEDICCI, V. P. G., PUCCIA, M. I. R. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde*, v. 27, n. 1, p. 22 – 27, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, L. B. ; BARROS, C. R. S. e CASTILHO, E. A. de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev. bras.*

*Epidemiol.*, v. 13, n. 2, p. 237-245, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANCA JUNIOR, I. and GRUPO DE ESTUDOS EM POPULACAO, SEXUALIDADE E AIDS. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, suppl.1, p. 127-137, 2008.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, suppl. 2, p. S263-S272, 2003.

SILVA, M. C. M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificadas em Recife, PE, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 22, n. 3, p. 403 - 412, 2013.

SOIHET, R. **Mulheres pobres e violência no Brasil urbano**. Em M. D. Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, p. 45-92, 2002.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102 – 106, 2010.

VERTAMATTI, M. A. F. et al. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. *Rev. Bras. Crescimento desenvolv. hum.*, v. 23, n. 1, p. 46-51, 2013.

VIEIRA, L. B. et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. *Acta paul. Enferm.*, v. 25, n. 3, p. 423-429, 2012.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. de M.; SOUZA, Í. E. de O. and PAULA, C. C. de. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. *Esc. Anna Nery*, v. 15, n. 4, p. 678 – 685, 2011.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.M.M.; LANDERDAHL, M.C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 30, n.4, p. 609 – 616, 2009.

VILLELA, W. V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude soc.*, v. 20, n. 1, p. 113 – 123, 2011.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

---

### I – DADOS DA PUBLICAÇÃO

1. Base de dados: ( ) LILACS ( ) BDENF
2. Título: \_\_\_\_\_
3. Autor (es): \_\_\_\_\_
4. Formação do autor principal: \_\_\_\_\_
5. Local da pesquisa: \_\_\_\_\_
6. Periódico: \_\_\_\_\_
7. Natureza do estudo: ( ) Quantitativo ( ) Qualitativo ( ) Quanti-qualitativo
8. Ano de publicação: \_\_\_\_\_

### II – DADOS DAS CATEGORIAS

#### CATEGORIA 1: CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES DO ESTUDO

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Estado Civil: \_\_\_\_\_
3. Escolaridade: \_\_\_\_\_
4. Renda Familiar: \_\_\_\_\_
5. Raça/Cor: \_\_\_\_\_

#### CATEGORIA 2: CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

##### a) Tipo de Violência

- ( ) Violência Sexual
- ( ) Violência Física
- ( ) Violência Moral
- ( ) Violência Patrimonial
- ( ) Violência Psicológica

##### b) Grau de Parentesco

- ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Padrasto ( ) Madrasta ( ) Cônjuge ( ) Ex-cônjuge
- ( ) Namorado(a) ( ) Ex-namorado(a) ( ) Filho(a) ( ) Irmão(a)
- ( ) Amigos/conhecidos ( ) Desconhecidos ( ) Cuidador(a) ( ) Patrão/chefe
- ( ) Pessoa com relação institucional ( ) Policial/agente da lei ( ) Própria pessoa
- ( ) Outros \_\_\_\_\_

##### c) Local de Ocorrência

- ( ) Ambiente Doméstico
- ( ) Via Pública
- ( ) Ambiente Privado

- **CATEGORIA 3: ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

---



---