



VIOÊNCIA CONTRA A MULHER
VIOLENCE AGAINST WOMEN
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Aline Lopes Viana¹, Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira², Michelle Christini Araújo Vieira³, Sued Sheila Sarmiento⁴, Anna Paula Lima de Souza⁵

RESUMO

Objetivo: analisar notificações de violência contra a mulher. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, desenvolvido a partir de dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** das 401 notificações de violência à mulher, 61% foram contra mulheres entre 25 e 59 anos, pardas ou pretas (63%), solteiras (29%), com menos de nove anos de escolaridade (39%) e que dependiam financeiramente de outra pessoa; 46% das agressões ocorreram na residência, sendo 99% por violência física e 69% por força corporal/espancamento, e os autores foram homens. **Conclusão:** constatou-se a ampliação do número de notificações, contudo, ainda insuficiente para superar as subnotificações de ocorrências de violência contra a mulher, motivo principal da invisibilidade desse fenômeno. **Descritores:** Violência Contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Violência Sexual; Violência Doméstica; Notificação; Violência.

ABSTRACT

Objective: to analyze reports of violence against women. **Method:** quantitative, descriptive study, developed from secondary data from the Information System of Notifiable Diseases. **Results:** of the 401 reports of violence against women, 61% were against women between 25 and 59 years old, black or white (63%), single (29%), with less than nine years of schooling (39%) and who were financially dependent on another person; 46% of the aggressions occurred in the residence, being 99% for physical violence and 69% for body strength / beating, and the authors were men. **Conclusion:** there was an increase in the number of notifications, however, still insufficient to overcome the underreporting of occurrences of violence against women, the main reason for the invisibility of this phenomenon. **Descritores:** Violence Against Women; Intimate Partner Violence; Sexual Violence; Domestic Violence; Notice; Violence.

RESUMEN

Objetivo: analizar las notificaciones de violencia contra la mujer. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, desarrollado a partir de datos secundarios provenientes del Sistema de Información de Agravios de Notificación. **Resultados:** de las 401 notificaciones de violencia a la mujer, 61% fueron contra mujeres entre 25 y 59 años, pardas o negras (63%), solteras (29%), con menos de nueve años de escolaridad (39%) y que dependían financieramente de otra persona, el 46% de las agresiones ocurrieron en la residencia, y el 99% por violencia física y el 69% por fuerza corporal / paliza, y los autores fueron hombres. **Conclusión:** se constató la ampliación del número de notificaciones, sin embargo, todavía insuficiente para superar las sub notificaciones de ocurrencias de violencia contra la mujer, motivo principal de la invisibilidad de este fenómeno. **Descritores:** Violencia Contra la Mujer; Violencia de Pareja; Violencia Sexual; Violencia Doméstica; Notificación, Violencia.

¹Especialista, Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: alinelviana26@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-9642-1285>; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: olindalira@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-0309-8499>; ³Doutora, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: michelle.christini@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-7771-5387>; ⁴Mestre em Psicologia, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: sued.sheila@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2167-8318>; ⁵Acadêmica em Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: aplsouza2015@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-3214-0764>

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e é identificadacom a ação ou a omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.¹⁻² Apesar das conquistas e avanços após a Lei Maria da Penha, o fenômeno ainda está longe de ser controlado.

De acordo com a Lei Maria da Penha, a violência contra a mulher inclui violência física sexual, psicológica, patrimonial e moral (quando há calúnia, difamação ou injúria)¹. Além do tráfico de mulheres, configura-se como a exploração sexual, a exploração sexual comercial, o assédio sexual, o assédio moral, o cárcere privado² e o feminicídio.

Mesmo perante o cenário existente no Brasil, em que uma a cada cinco mulheres, independentemente da idade e do nível de escolaridade, refere já ter sido espancada pelo cônjuge, companheiro, namorado ou ex-companheiros, a violência doméstica e familiar contra a mulher é um fenômeno velado estimando-se que, em cada cinco mulheres agredidas, uma não tenha tomado nenhuma atitude perante o ocorrido³, o que remete à subnotificação e dificulta o conhecimento da real dimensão do problema.

Os atendimentos a mulheres em situação de violência nos serviços de saúde passaram a ser de notificação compulsória com a Lei 10.77/2003⁴. Porém, muitos profissionais de saúde ainda não se encontram efetivamente orientados em relação à notificação. Mesmo existindo a obrigatoriedade, não há seu cumprimento efetivo.⁵

A pesquisa tem sua relevância por favorecer a construção do perfil de mulheres agredidas e dos seus agressores, elementos indispensáveis a uma análise crítica sobre os registros de informações referentes à violência contra a mulher.

OBJETIVO

- Analisar notificações de violência contra a mulher.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, desenvolvido com dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com dados coletados em fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada contra mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU/UNIVASF) na cidade Petrolina,

Pernambuco, Brasil, selecionado para a pesquisa, uma vez que se trata de uma unidade de referência em urgência e emergência onde se encontra implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Trata-se de serviço regulado por uma Central de Regulação de Leitos de caráter interestadual em um raio de abrangência de 53 municípios dos Estados de Pernambuco e Bahia.

Como instrumento de coleta, elaborou-se uma planilha com questões adaptadas da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada/SINAN, tendo como critérios de inclusão ser notificação de situações suspeitas ou confirmadas de violência interpessoal/autoprovocada contra a mulher, realizada no HU/UNIVASF, no período de 2012 a 2016.

Foram excluídas as fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada cujas vítimas não eram mulheres e aquelas que não foram notificadas pelo Hospital Universitário/UNIVASF. Considerando que o fluxo de notificação compreende o preenchimento inicial da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada padronizada pelo Ministério da Saúde e seu posterior armazenamento em banco de dados do SINAN do município, a coleta dos dados obedeceu a uma dinâmica constituída, inicialmente, de busca direta às informações do referido banco de dados e posterior comparação com o conteúdo das fichas de notificação resgatadas.

Foram catalogadas 772 fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada contra mulheres sendo que oito foram excluídas devido ao grande número de itens em branco e/ou dados inconsistentes. Portanto, as 764 fichas válidas foram agrupadas conforme a notificação do tipo de violência praticada: autoprovocadas (6%); negligência infantil (20%); negligência contra idosas (21%) e violência interpessoal (52%). Desse modo, 401 atenderam ao objeto deste estudo por se tratar de casos de violência interpessoal à mulher.

Para efeito de organização, consideraram-se as variáveis constantes na ficha de notificação: idade; cor ou raça (branca, preta/parda, amarela, indígena, ignorada); situação conjugal (solteira, casada/união consensual, viúva, separada, não se aplica, ignorado); escolaridade (> nove anos, ≤ nove anos, não se aplica, ignorada); atividade remunerada atual (sim, não, ignorada); deficiência (sim, não, ignorada); local da ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou

similar, via pública, comércio/serviços, indústria/construção, outro, ignorado); tipo de agressão (física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, intervenção legal, outros); meio de agressão (força corporal/espantamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, substância/objeto quente, envenenamento/intoxicação, arma de fogo, ameaça, outro); sexo do provável autor da agressão (masculino, feminino, ambos os sexos, ignorado); vínculo do provável agressor com a vítima (pai, mãe, padrasto, madrastra, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, filho, irmão, amigos/conhecidos, desconhecido, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, própria pessoa, outros).

A pesquisa obedeceu à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde tendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEDEP/Univasf) n.º CAAE: 581666316.7.0000.5196 e parecer número: 1.750.702.

RESULTADOS

Das 401 notificações de violência interpessoal, 58 foram notificadas em 2012; 35, em 2013; 40, em 2014; 135, em 2015 e 132, em 2016. A idade das mulheres variou de oito dias a 92 anos e 55% encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos, com média de idade 30,22 anos.

A maioria se autodeclarou parda/preta (63%), seguida de 7% de brancas (amarelas e índias corresponderam a 1% e, em 29%, a cor esteve ignorada); 29% estavam solteiras; 24%, casadas; 2%, separadas; 1%, viúva; em 4% esse item não se aplicava e, em 40%, o estado civil se encontrava ignorado.

Quanto à escolaridade, 39% tinham menos de nove anos de estudo; 7% tinham nove anos ou mais; em 52% essa informação foi ignorada e em 2% ela não se aplicava. A maioria (36%) não exercia atividade remunerada; 18% exerciam alguma atividade remunerada; 1% era aposentada e, em 29%, a atividade se encontrava ignorada. Além do que 16% eram menores de 18 anos, motivo pelo qual não exerciam atividade remunerada. As informações sobre a presença de deficiência mostraram que 4% das vítimas apresentavam algum tipo de deficiência salientando que essa informação se encontrava em 32% das notificações.

Quanto ao local, 46% das agressões ocorreram na residência da vítima; 18%, em via pública; 2%, em outros locais; 2%, em bar ou local similar; 0,7%, na escola; 0,5%, em comércio/serviços e 31%, em local ignorado.

As informações sobre agressões de repetição foram ignoradas em 44% das notificações e afirmadas em 17%. Dessas, 97% mantinham alguma relação com a vítima, sendo 63% cônjuges ou namorados e 9% ex-cônjuges ou ex-namorados. Os demais (25%) corresponderam a familiares e amigos/conhecidos. Em 39%, essa amostra não houve registro de episódios anteriores.

A categoria de violência mais praticada foi a física (99%), seguida da psicológica (40%), tortura (4%), violência sexual (2%), financeira (0,24%), intervenção legal (0,24%) e outros tipos não descritos (0,5%). Em 171 das notificações (42,62%), foi praticado mais de um tipo de violência.

Dos dez casos de violência sexual, 30% foram estupro e uma foi suspeita de abuso sexual sendo garantida, às vítimas, a profilaxia de DST, a profilaxia de HIV, a profilaxia de hepatite B, a coleta de sangue e a contracepção de emergência. Especificamente, nesses casos, 60% dos agressores eram desconhecidos; 20%, amigos ou conhecidos; 10%, padrastos e 10%, inquilinos.

Os meios de agressão praticados foram força corporal/espantamento (69%), uso de objeto perfurocortante (25%), uso de objeto contundente (13%), ameaça (13%), arma de fogo (10%), outros meios (3%) e enforcamento (2%). Em 0,01%, essa informação encontrava-se ignorada; em 0,74%, por substância ou objeto quente e em 0,5%, por envenenamento. Salienta-se que, em alguns casos, ocorreu mais de um meio de agressão.

Dos supostos agressores, 67% eram do sexo masculino; 9%, do sexo feminino e 27% foram ignorados salientando que, em 9%, havia mais de um agressor e, em 27%, a informação se encontrava ignorada.

DISCUSSÃO

Diante das informações, constata-se uma ampliação nos registros de violência interpessoal/autoprovocada notificados no HU, com maior progresso entre os anos de 2015 e 2016, se comparados aos demais anos incluídos nesta pesquisa. Tal progresso pode ser atribuído à implementação de ações semelhantes às constantes em pesquisa desenvolvida no Pará, que atribuiu aumento no número de notificações à busca ativa de fichas arquivadas, à capacitação dos

profissionais, à criação de portarias tornando a notificação obrigatória para todos os profissionais e à notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência doméstica e sexual.⁶

A predominância de notificação de casos de violência a mulheres se encontrar na faixa etária dos 20 aos 39 anos está em consonância com os resultados apresentados pelo relatório VIVA⁷ no qual a maior proporção de atendimentos em unidades de urgência e emergência a mulheres em situação de violência esteve na faixa etária dos 20 aos 39 anos (46,9%). Outra pesquisa também apresenta semelhança, onde a maioria das mulheres agredidas por parceiro íntimo (75,7%) estava na faixa etária de 25 a 49 anos.⁸

Ser a vítima, na maioria, de cor parda ou preta, tempo de escolaridade inferior a nove anos e que não exerce atividade remunerada é um perfil semelhante ao encontrado em outras pesquisas^{8,9}. Quanto ao baixo percentual de registro de vítimas com algum tipo de deficiência, é necessário que se destaque que, nesses casos, a pena do agressor aumenta em 1/3¹.

Sobre a ocorrência do maior percentual de casos na residência, em que 81% dos agressores possuem algum vínculo afetivo com a vítima, pesquisa alerta que a taxa de feminicídios ocorridos na própria residência da vítima reduziu cerca de 10% após a Lei Maria da Penha¹⁰. Isto comprova que, na maioria dos casos, existe vínculo entre agressor e vítima reforçando a ideia que a maioria dos agressores está dentro do ciclo de convivência das vítimas, principalmente nos casos de agressões de repetição.

Nessas situações, é comum o isolamento social, o que dificulta o suporte à mulher vitimada havendo casos em que, mesmo após o fim do relacionamento, ela permanece isolada, uma vez que as ameaças ou agressões físicas não cessam.¹²

Ao considerar que a exposição à violência resulta em alterações agudas, isto é, aquelas que surgem logo após a ocorrência, a presença de lesões físicas constitui o principal motivo de busca de atendimento em serviços de pronto atendimento ou hospitais¹³, de modo que se constata que a força física/espancamento, o uso de objetos perfurocortantes e de objetos contundentes, como principais meios de agressão utilizados, corroboram resultados também encontrados em pesquisa desenvolvida em 24 capitais brasileiras.⁹

Nesta pesquisa, a violência psicológica ocupou o segundo tipo mais prevalente de violência contra a mulher. Os estudos sobre esse tipo de violência se ampliam, ganhando destaque nos últimos anos, onde figura como o mais prevalente^{14,15,16}. Além disso, pesquisa aponta para o seu crescimento atrelado ao desrespeito à mulher idosa³. Ressalta-se que mulheres em situação de violência possuem uma maior predisposição a referir sintomas de depressão.¹⁷

As diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual foram estabelecidas pelo Decreto 7.958/2013, dentre elas, o acolhimento nos serviços de referência, o atendimento humanizado, a disponibilidade de espaço privativo para assegurar a confiança e o respeito à vítima, a divulgação dos serviços de referência e disponibilidade de transporte até eles, além da capacitação dos profissionais da rede.¹⁸

Com a Lei 12.845/2013, passa a ser obrigatório e integral o atendimento a vítimas de violência sexual, com atendimento multiprofissional e imediato compreendendo diagnóstico e tratamento de lesões, coleta de DNA, realização de exames de HIV, além de profilaxia para a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.¹⁹

Por meio das informações desta pesquisa, constata-se que muitas situações de agressão física estiveram atreladas a situações de violência/abuso sexual. Isso faz pensar que, mesmo não sendo um serviço de referência para o atendimento a mulheres que sofreram esse tipo de violência, existe a necessidade de disponibilizar os insumos, exames e medicamentos necessários para a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, os profissionais da saúde precisam estar preparados para acolher esse público.

Nesse contexto, pesquisa aponta para as dificuldades no atendimento a vítimas de violência, principalmente sexual, sobretudo no que se refere à coleta de informações para o devido preenchimento da ficha de notificação e ao despreparo dos profissionais.²⁰

Ter a maioria dos agressores do sexo masculino remete à dominação masculina não podendo esquecer que, nas sociedades ocidentais, a concepção de gênero está atrelada a regras que configuraram o status social que o sujeito ocupa no sistema produtivo e reprodutivo atuante²¹. De modo que, mesmo diante de um panorama no qual mulheres buscam desempenhar funções rotuladas como de homens, o inverso não ocorre e reforça a desigualdade entre os

gêneros, típica da dominação masculina, vinculada à violência doméstica.²²

Uma limitação desta pesquisa diz respeito à elevada quantidade de dados ignorados em todas as categorias, o que dificulta uma análise mais qualificada das notificações. A ausência ou o preenchimento incompleto das fichas de notificação, principalmente nos serviços de emergência, pode ser consequência da sobrecarga dos profissionais sendo que nem todos estão cientes da importância da notificação como ferramenta de gestão no auxílio para a criação de políticas públicas, conhecimento importante para que a ficha de notificação não seja entendida como obrigação desnecessária.²⁰

Por outro lado, o grande número de dados ignorados pode estar relacionado à não revelação por parte da vítima. Enfermeiros afirmam que as mulheres receiam relatar situações de violência doméstica e que a criação de um vínculo, baseado na confiança, se torna importante nesse tipo de atendimento.²³

Levantamentos populacionais evidenciaram que 20% a 60% das mulheres não contaram a ninguém situações de violência por parceiro íntimo e poucas buscaram ajuda até mesmo nos serviços de saúde²⁴. Esse evento pode estar relacionado ao constrangimento ou medo a respeito das informações¹⁶ associadas a sentimentos de culpa, vergonha e isolamento.¹² Quanto ao ponto de vista profissional, pesquisa mostra que a desarticulação da rede de saúde dificulta a identificação dos serviços aos quais se pode recorrer para dar seguimento e melhorar o atendimento de mulheres vítimas de violência.²⁵

CONCLUSÃO

Constatou-se um número crescente de notificações entre os anos de 2015 e 2016, porém, ainda insuficiente para superar a subnotificação de ocorrências de violência contra a mulher no serviço estudado, o que contribui para que esse fenômeno continue velado. De modo que se considera fundamental a articulação entre serviços da rede de saúde e os demais serviços de suporte a mulheres em situação de violência existentes no município. A pesquisa é relevante por contribuir com informações que ajudarão na reflexão sobre cuidados a mulheres em situação de violência como, também, aponta para a necessidade de melhor qualificar a equipe interdisciplinar para abordagens mais solidárias e adequada notificação de situações de violência à mulher.

REFERÊNCIAS

1. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (BR). 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. Diário Oficial da União [Internet]. 2006 Aug 07 [cited 2017 Aug 21]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
2. Presidência da República (BR), Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres - Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011 [cited 2017 July 21]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>
3. Senado Federal (BR), Secretaria de Transparência, Coordenação de Controle Social, Serviço de Pesquisa DataSenado. Violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2015. Available from:
4. <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2015/08/10/violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher>
5. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (BR). Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União [Internet]. 2003 Nov 24 [cited 2017 Aug 13]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm
6. Garbin CAS, Dias IA, Roviada TAS, Garbin AJI. Challenges facing health

professionals in the notification of violence: mandatory implementation and follow-up procedures. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1879-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>

7. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglío DD, Cabral IR, Gomes MM. Notification of violence as a strategy for health surveillance: profile of a metropolis in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 18(5):1263-72.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes: 2009 a 2011 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 July 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf

9. Barros EM, Silva MA, Falbo Neto GH, Lucena SG, Prozo L, Pimentel AP. Prevalence and factors associated with intimate partner violence among women in Recife/Pernambuco, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Feb;21(2) 591-8. Doi: 10.1590/1413-81232015212.10672015

10. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Domestic and family violence against women: a case-control study with victims treated in emergency rooms. *Cad Saúde Pública*. 2016 Apr; 32(4):e00011415. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00011415>

11. Cerqueira D, Matos M, Martins APA, Pinto Junior J. Avaliando a efetividade da Lei Maria da Penha [Internet]. Brasília: Ipea, 2015 [cited 2017 July 21]. Available from:

12. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2048k.pdf

13. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a violência contra a mulher [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2005. Available from:

14. <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a->

[violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014)

15. Albuquerque Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Leite FMC, Silva GF. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017; 21(1):e2007007. Doi: 10.5935/1414-8145.20170007

16. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Domestic violence against women and professional intervention in primary healthcare: an ethnographic study in Matinhos, Paraná State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013 June;29(6):1230-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>

17. Azadarakhi T, Kassani A, Menati R, Hassanzaden J, Menati W. Psychometric Properties of a Screening Instrument for Domestic Violence in a Sample of Iranian Women. *Nurs Midwifery Stud*. 2016 Mar; 5(1):e27763. Doi: 10.17795/nmsjournal27763

18. Mohamadian F, Hashemian A, Bagheri M, Direkvand-Moghadam AD. Prevalence and risk factors of domestic violence against Iranian women: a cross-sectional study. *Korean J Fam Med*. 2016 July; 37(4):253-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.4.253>

19. Silva JMM, Lima MC, Ludermir AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006848>

20. Lövestad S, Löve J, Vaez M, Krantz G. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*. 2017 Apr; 17(1):335. Doi: 10.1186/s12889-017-4222-y

21. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de

Saúde [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2013. Available from:

22. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm

23. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013 (BR). Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual Diário Oficial da União [Internet]. 2013 Aug 01 [cited 2017 July 21]. Available from:

24. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm

25. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Filling out the compulsory notification in health services that care for women who suffer from sexual violence. Rev Bras Epidemiol. 2015 Jan/Mar;18(1):94-107. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010008>

26. Duarte MC, Fonseca RMGS, Souza V, Pena ED. Gender and violence against women in nursing literature: a review. Rev Bras Enferm. 2015 Mar/Apr; 68(2):325-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680220i>

27. Piosiadlo LCM, Fonseca RMGS. Gender subordination in the vulnerability of women to domestic violence. Invest Educ Enferm. 2016;34(2):261-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a05>

28. Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender violence. Invest Educ Enferm. 2015 Sept/Dec; 33(3):556-64. Doi: [10.17533/udea.iee.v33n3a20](http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20)

29. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>

30. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. Rev Esc Enferm USP. 2017. 51:e03207. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016113303207>

Submissão: 29/09/2017

Aceito: 04/03/2018

Publicado: 01/04/2018

Correspondência

Aline Lopes Viana

Rua 04, 153

Bairro Alto do Cruzeiro

CEP: 48900-390 – Juazeiro (BA), Brasil