

Beatriz Pereira Garcia Gomes

Discente do Centro Universitário Fundação de Ensino Octávio Bastos

Leila Barroso da Silva Oliveira

Docente do Centro Universitário Fundação de Ensino Octávio Bastos

RESUMO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) ocasiona diversos problemas a saúde de quem a sofre, fenômeno este que ainda apresenta elevada prevalência no Brasil, agravados pelo isolamento social e o convívio maior entre os sujeitos. **Justificativa:** torna-se relevante visto que levanta as atribuições assistenciais do enfermeiro, estratégias para uma assistência integral e humanizada às mulheres em situação de VD na APS, compreendendo as dificuldades encontradas ao realizá-las. **Objetivo geral:** descrever o papel do enfermeiro na assistência frente a VDCM na APS. **Objetivos específicos:** levantar as ações assistenciais, dificuldades e estratégias dos profissionais de enfermagem frente a VDCM. **Método:** trata-se de um artigo desenvolvido através da revisão da literatura atual, com recorte temporal de 2015 a 2020, utilizando-se de artigos, manuais, legislações, livros, etc. **Desenvolvimento:** diversas são as ações assistenciais do enfermeiro frente a VDCM, no ato de acolher e identificar a violência, na avaliação e atendimento, desenvolvendo um plano terapêutico de cuidados e de segurança, e no acompanhamento dos casos através de ações de vigilância em saúde. Mas sabe-se que na prática dificuldades são encontradas ao realizá-las, referentes aos profissionais, as vítimas e a estrutura física dos serviços. Ao entender e levantar quais são essas dificuldades, consegue-se desenvolver estratégias eficazes para minimizá-las. **Considerações:** considera-se que, por meio de ações visando a educação continuada, com os profissionais e a população, as dificuldades e preconceitos acerca do assunto podem ser esclarecidas e visibilizadas, resultando em uma assistência integral e humanizada com base em conhecimentos científicos.

Descritores: Enfermagem, Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher, Atenção Primária à Saúde, Assistência Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, 2006) define a violência doméstica contra mulher (VDCM) como qualquer ação ou omissão, que seja baseada em gênero e cause sofrimento, lesão e morte, sendo compreendidas como formas de VDCM a violência psicológica, física, sexual, patrimonial e moral. Tem como local de ocorrência a unidade doméstica, onde os sujeitos quase sempre são unidos por laços consanguíneos, ou afetivos. (BRASIL, 2006).

No Brasil, esta condição apresenta elevada prevalência, segundo o Boletim da Secretaria de Vigilância em Saúde (Janeiro, 2020), no período de 2011 a 2018 foram notificados 1.282.761 de casos de VCM, sendo a residência o local de maior ocorrência, totalizando 605.646. Os agressores mais identificados são os companheiros (ex, namorados, esposos) sendo 50% dos casos, enquanto os outros são avós, pais, padrastos e tios. Entretanto as vítimas não são só as companheiras, são também as mães, irmãs, filhas, enteadas e sobrinhas (BRASIL, 2020; BRASIL, 2018).

Como publicado pela Organização da Nações Unidas (ONU) por meio de veículo eletrônico, a atual pandemia global do COVID-19, causa impacto nas dimensões de gênero, incluindo riscos de aumentar os níveis de violência doméstica contra a mulher e os números de atendimentos. Destacando a necessidade de responder às possíveis consequências imediatas e de longo prazo causadas pelo isolamento social (ONU, 2020).

Com o passar do tempo, a área da saúde ampliou sua visão sobre a necessidade de atenção às situações de violência e seus impactos a curto e longo prazo na saúde. Embora que, alguns casos não se encaixem como risco biológico, o atendimento às vítimas de violência deve ser considerado prioritário, exigindo responsabilidade e atenção na sua condução (BRASIL, 2012a).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2012b), a APS é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, e a principal porta de entrada dos serviços de saúde. Por estarem nos territórios em que o serviço está inserido, conseguem estabelecer um vínculo, conhecer a situação cultural, familiar e econômica dos sujeitos, privilegiando a identificação e acompanhamento das mulheres em situação de violência doméstica (BRASIL, 2016).

Na maioria das vezes, o enfermeiro é o profissional que tem o primeiro contato com a mulher em situação de violência doméstica, devendo estar capacitado para o reconhecimento e atendimento destes casos, seguindo princípios éticos e legais, com atenção humanizada, integral, correspondendo às expectativas, necessidades, sem julgamentos e validando sofrimento da usuária. (BATISTA; DIVINO; MARTINS, 2017; VILELA et al., 2009).

A enfermagem como corresponsável pela saúde da mulheres, precisa assumir um modelo de cuidado que vise além dos achados clínicos, contemplando a subjetividade da mulher em sua dimensão biopsicossocial. Uma vez que, a visão centralizada nos agravos físicos decorrentes da violência, pode limitar as ações de cuidado (ACOSTA; GOMES; OLIVEIRA et al., 2018).

Originou-se então a seguinte problemática: Quais são as ações assistenciais de competência da equipe de enfermagem frente às mulheres em situação de violência doméstica na APS, e quais as dificuldades encontradas para desenvolvê-las ?

Dessas premissas, este estudo teve como objetivo descrever o papel da equipe de enfermagem na assistência à mulher em situação de violência doméstica na APS, compreendendo quais as ações e estratégias para uma assistência humanizada e integral nos casos de VDCM, elencando as dificuldades encontradas pela enfermagem em fazê-las.

Justifica-se sua relevância em virtude do aumento dos casos de VDC e a importância do profissional enfermeiro frente à temática, compreendendo quais são as ações assistenciais dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde, levantando quais as dificuldades encontradas na realização destas, para então, desenvolver estratégias para uma atenção integral e humanizada no combate à violência contra mulher.

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, a partir do levantamento de artigos científicos nas bases de dados BVS, periódicos CAPES e Scielo, utilizando os descritores: Enfermagem, Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher, Atenção Primária à Saúde e Assistência Integral à Saúde. No período compreendido de 2015 a 2020, identificou-se 605

artigos, destes 45 foram selecionados para leitura, onde após a análise, determinou-se sobre os critérios de inclusão, a utilização de 21 artigos.

Optou-se também pela consulta e inclusão de livros da biblioteca física do Centro Universitário – UNIFEOB, legislações, cadernos do ministério da saúde, políticas públicas, manuais, protocolos ministeriais, notícias e boletins por meio de veículo eletrônico.

A revisão contou com leitura e análise do conteúdo sob as seguintes questões: quais são as ações assistenciais e estratégias que podem ser elaboradas pelo enfermeiro da APS para prestar uma assistência de forma humanizada e integral a mulher em situação de violência doméstica? Quais as dificuldades encontradas na prática dos profissionais?

Assistência de enfermagem à mulher em situação de violência doméstica: um olhar sobre as ações e estratégias na APS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde, dentre seus objetivos está o combate a VDCM, através de estratégias que promovem a atenção às vítimas, organizando as redes de atenção integradas e desenvolvendo ações de prevenção (BRASIL, 2004).

A prevenção das situações de violência está organizada em três níveis, sendo estes a prevenção primária (para evitar que a violência aconteça), prevenção secundária (ações de atenção quando a violência já aconteceu) e a prevenção terciária (para evitar sequelas e agravamentos) (OLIVEIRA; DELZIOVO; LUIZ, 2018).

Em relação a APS, os profissionais sensibilizados quanto a violência, atuam no sentido de proteção, prevenção e enfrentamento da violência, oferecendo atenção às vítimas e seus familiares. Esse cuidado deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, envolvendo etapas como o acolhimento, atendimento, notificação dos casos confirmados ou suspeitos, encaminhamento e seguimento na rede (TOLEDO; SABROZA et al., 2013).

Não basta oferecer meios para que ocorra o rompimento da relação violenta, é preciso trabalhar o empoderamento da mulher, como protagonista do processo, como sujeito de direitos, através do fortalecimento da sua cidadania (BRASIL, 2011).

A assistência e os cuidados as mulheres homossexuais que sofrem violência doméstica devem ser os mesmos, seguindo o preceito da acessibilidade, integralidade e universalidade da atenção, tendo em mente que a violência que esta população está sujeita pode ser tão ou mais grave, devido ao preconceito que envolve sua orientação sexual, em grande parte, discriminada pela própria família (BRASIL, 2012c).

Neste sentido, para a adesão e acompanhamento, é fundamental fortalecer vínculos com a mulher em situação de violência. Propondo-se como estratégia a eleição de um profissional interlocutor do caso, a partir da afinidade com a usuária, preferencialmente uma mulher, evitando assim, sua revitimização (SÃO PAULO, 2015; VILELA et al., 2009).

Atribuições do enfermeiro

Conforme a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência (2015), são de responsabilidade do profissional enfermeiro: acolher, acompanhar o atendimento, orientá-la quanto ao tratamento prescrito, disponibilizar medicação, fazer os encaminhamentos conforme necessidade do caso, acionar os profissionais e serviços previstos no fluxo, fazer anotações em prontuário e discutir o caso com a equipe multiprofissional.

Acrescenta-se ainda as atribuições assistenciais de competência do enfermeiro, o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, realização de exame físico geral e específico, plano de cuidados, plano de segurança para

mulheres com risco de vida e monitoramento por meio de atividades de vigilância em saúde (BRASIL, 2016).

Ressalta-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em especial por meio das etapas do Processo de Enfermagem (PE), possibilitando ao enfermeiro o planejamento do cuidado, com ações direcionadas e de forma organizada, voltadas às necessidades singulares de cada mulher (BATISTA; DIVINO; MARTINS, 2017).

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE), são parte essencial da SAE, neste sentido elenca-se os relacionados a VCM: Dor Crônica, Integridade Tissular prejudicada, Ansiedade, Insônia, Medo, Desesperança, Baixa autoestima situacional, Risco de dignidade humana comprometida, Isolamento Social, Sobrecarga de estresse, Processos Familiares disfuncionais, Risco de violência relacionado a si mesmo e Risco de Suicídio (NANDA, 2015; NANDA, 2018).

Acolhimento

Das ações assistenciais a serem prestadas às mulheres em situação de violência doméstica na APS, o acolhimento é a primeira, presente em todas as práticas do cuidado, ao receber e escutar os usuários. A Política Nacional de Atenção Básica, coloca que acolher é uma atribuição de todos os profissionais da APS (BRASIL, 2012b).

Acolher determina o início de um projeto terapêutico, de uma relação de vínculo, respeitando a privacidade e a confidencialidade, em um ambiente acolhedor e de forma empática, atento para além da demanda referida, para as dores que não tem nome, levando em consideração que o sofrimento e o adoecer tem diferentes significados, para pessoas com diferentes capacidades para lidar com os problemas, tanto físicos, quanto mentais e sociais (BRASIL, 2012a).

É recomendado que no primeiro contato da mulher com o serviço, o profissional foque no acolhimento, para posteriormente realizar o preenchimento de fichas, tendo ética, responsabilidade profissional, conhecimento de quais condutas que devem ser tomadas, como se dá a articulação da rede intrasectorial e intersetorial disponível no município, para então adotar perguntas com intuito de identificar a violência (BRASIL, 2016).

Quando suspeita-se de violência, abordar o tema é necessário, por meio de perguntas diretas ou indiretas, respeitando a disponibilidade mostrada pela mulher em discutir o problema. Sugere-se como exemplos de perguntas indiretas: como é o convívio com as pessoas que moram com você? Você disse que tem um(a) companheiro(a), como é o relacionamento?(VILELA; et al., 2009).

Perguntar diretamente e sem julgamentos, também mostra-se eficaz, como por exemplo: você costuma se sentir agredida e humilhada por algum familiar ou companheiro(a)? A violência se manifesta de várias formas, como violência física, psicológica, sexual, e pode afetar a saúde mesmo depois de muitos anos. Você sofre algum tipo de violência ou já sofreu?(VILELA; et al., 2009).

Atendimento na Perspectiva de Avaliação Global

O atendimento envolve uma abordagem multiprofissional, pensar junto a equipe, nas intervenções, encaminhamentos, construção do projeto singular de atendimento, traz ao processo diferentes percepções, conscientizando e priorizando o compromisso institucional com o tema (SÃO PAULO, 2015).

Dentre os recursos para atender às vítimas de violência na APS, destacam-se os testes rápidos de Hepatites B e C, HIV e gravidez. Tratando-se também de uma estratégia para identificar possíveis vítimas, de modo a disponibilizá-los para as mulheres, sob livre

demanda, fato este que deve ser de conhecimento da população, por meio de sua divulgação (OLIVEIRA; DELZIOVO; LUIZ, 2018).

Ressalta-se que todas as informações colhidas durante toda a assistência, na entrevista, exame físico e ginecológico, procedimentos realizados, condutas adotadas, resultados de exames complementares e relatórios, precisam ser registrados no prontuário da mulher, tratando-se de documentos demasiadamente importantes para a qualidade da atenção e eventuais solicitações da Justiça (BRASIL, 2012c).

O exame físico possibilita a identificação de sinais de alerta, através da inspeção detalhada, sendo de competência do profissional enfermeiro (a) ou médico(a). Eventualmente necessita-se da realização do exame ginecológico, atentando-se caso haja dificuldade ou recusa na sua realização (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

Alguns sinais e sintomas que podem indicar um possível caso de violência contra a mulher são: dores musculares generalizadas, lesões físicas agudas, fraturas dos ossos, cefaleia, dor no baixo ventre, infecção urinária de repetição, lesões das mucosas oral, anal e vaginal, transtornos digestivos, perda de peso, alterações psicológicas e sintomas psicossomáticos (BRASIL, 2012a).

Repetidas quedas, queimaduras, lesões, gravidez indesejada, pré-natal tardio, abortos, pré eclâmpsia, doenças sexualmente transmissíveis, insônia, ansiedade, depressão, dores físicas sem evidência clínica, transtornos alimentares, isolamento social, são situações que podem estar relacionadas a violência doméstica contra as mulheres (TOLEDO; SABROZA et al., 2013).

Além disso, os serviços de saúde que tenham atendimento ginecológico e obstétrico, devem estar capacitadas para o atendimento dos casos de violência sexual, que quando sucedido rapidamente, permite o estabelecimento de medidas de proteção, como a profilaxias de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão e para diagnóstico de infecções genitais. Entretanto, como previsto por lei, a atenção ao abortamento necessita de maiores recursos, reservando esta etapa para unidades específicas (BRASIL, 2012c).

No Brasil, o Código Penal, em seu artigo 128, estabelece o direito da mulher ao abortamento em casos de gravidez provocada por violência sexual, garantindo a cirurgia pelo SUS, independente de apresentar registro de ocorrência policial, ela deve ser orientada e encaminhada ao serviço de referência para a realização do procedimento. Como profissionais de saúde, não lhes cabe o questionamento e julgamento sobre a veracidade dos fatos e escolhas da vítima (BRASIL, 2013).

Todavia, é pertinente que a denúncia e registro da ocorrência sejam feitas, respeitando a decisão da mulher e orientando-a sobre os serviços adequados perante o caso, medidas que serão instituídas, como se dá a conjunção carnal e o exame de corpo delito, e possíveis dúvidas que surgirem (BRASIL, 2012c).

Plano de Cuidados

O plano de cuidados inclui a profilaxia para IST's, hepatite, tétano, administração e dispensação de medicamentos, elaboração de um plano de segurança para mulheres com risco de vida, encaminhamento e acompanhamento até um serviço especializado para continuidade do cuidado (BRASIL 2016).

Avaliar o risco e as situações de vulnerabilidade, possibilita a equipe de saúde construir um plano de cuidados e de segurança, determinando a necessidade de intervenções, estratégias de prevenção e proteção (BRASIL, 2012a).

Para tanto, esta avaliação deve ser feita juntamente a mulher, levantando riscos como ameaças, presença de armas, tentativas anteriores e formas de prevenção, buscando

reforçar os pontos positivos, mostrando as possibilidades e discutindo sobre os planos que a mulher tem para vida, levantando alternativas para a situação atual (VILELA et al., 2009).

Em consequente, caso haja risco de vida, o profissional e a mulher devem elaborar um plano de segurança. Para isso é preciso identificar a rede de apoio da mulher, vizinhos e familiares que possa confiar e contar sobre a violência, pedindo-os ajuda caso ouçam brigas e combinando um código de segurança emergencial, como “se colocar um pano no portão, chame ajuda” (BRASIL, 2016).

Oriente a mulher para quando perceber situações que geram inevitáveis brigas, certificar-se de estar em um local que não haja possíveis armas, como facas e que tenha fácil acesso para saída. Nesses casos deve-se planejar o lugar para onde poderá ir, deixando em um local seguro cópias dos documentos (seus e de seus filhos), da chave de casa, roupas e dinheiro, caso precise fugir rapidamente (VILELA et al., 2009).

Atividades de Vigilância em Saúde

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas faz parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 2009, por meio do Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes/VIVA. Seu preenchimento não restringe-se a um profissional específico, mas sugere-se que seja realizada por quem prestou o atendimento, a ser definido de acordo com cada caso. Permitindo compreender a situação epidemiológica do país e servindo de subsídio para intervir nos cuidados em saúde (BRASIL, 2017).

A Lei nº 10.778 (2003) estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atendidas no âmbito público e privado, corroborada pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências obrigatoriamente, sendo estabelecido ainda, notificação imediata (em até 24 horas), para os casos de violência sexual (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014).

Após ser preenchida a notificação, prossegue-se o andamento das duas vias, onde uma é anexada ao prontuário, e a outra encaminhada ao Serviço Social, juntamente com a paciente, para prosseguir com as intervenções necessárias e o encaminhamento da ficha ao Sistema de Informação da SES/DF (VILELA et al., 2009).

No que se refere a continuidade no cuidado, a visita domiciliar é primordial na rotina dos serviços, planejando horários estratégicos em que o agressor não esteja na casa e proporcionando uma atmosfera segura. O que permite ao profissional observar o ambiente, as relações familiares e conjugais, condições sanitárias e ambientais (HEISLER et al., 2017).

Posto isso, o agente comunitário de saúde (ACS) é um profissional de grande relevância. Por residir em sua área de trabalho, tem vantagens na proximidade com a dinâmica das famílias, promovendo o cuidado através de um viés diferenciado, permitindo reconhecer desajustes sociais e vulnerabilidades ao realizar visitas domiciliares (MACIAZEKI-GOMES, et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2017).

Dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem na assistência às mulheres em situação de violência doméstica

A VDCM é vista pelos profissionais de saúde da APS, como uma tarefa complexa, gerando dificuldades no reconhecimento deste agravo. De modo geral, nota-se pouco conhecimento sobre, visto que, normalmente sua formação não inclui conhecimento

específico acerca desta temática (NASCIMENTO et al., 2019; OLIVEIRA; DELZIOVO; LUIZ, 2018).

Quanto a estrutura, os espaços físicos dos serviços não proporcionam o acesso e a privacidade necessários para investigação da violência. É preciso elaborar um projeto institucional que inclua na agenda do serviço o acolhimento às mulheres em situação de violência, promovendo o acesso às necessidades geradas pelo agravo (MARTINS et al., 2016).

Justifica-se como limites na assistência a VCM, a demanda excessiva e a sobrecarga de trabalho nos serviços, com pouca disponibilidade de tempo para desenvolver a escuta e as visitas domiciliares, dificultadas pela vigilância constante do agressor, impedindo que o profissional desenvolva um diálogo com a mulher de forma privada e segura (HEISLER et al., 2017).

A assistência às mulheres em situação de VD comumente gera sentimentos negativos nos profissionais, principalmente aos que residem na área em que trabalham, visto que estão expostos e deveras sofrem ameaças ao conduzir os casos, acentuada pela sensação de ingovernabilidade e a crença de poder do agressor (SILVA et al., 2015).

Outra problemática que permeia essa situação é subnotificação da violência doméstica, relacionada ao desconhecimento dos profissionais sobre a notificação compulsória e obrigatória da violência, pontuadas com dificuldades quanto a distinção entre notificação e denúncia policial, acrescido de conhecimento superficial sobre as leis que protegem as mulheres que sofrem violência (ACOSTA et al., 2017; MACHADO et al., 2017).

A realidade reforça a necessidade da articulação dos serviços em rede, atuando de maneira multidisciplinar para promover atendimentos resolutivos e de forma integral. Isso deve ser feito através da problematização da violência nos diferentes espaços da comunidade (AMARIJO et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES

Com base no referencial levantado, mostra-se claro que o enfermeiro tem papel essencial na assistência às mulheres em situação de VD, com diversas atribuições, destacam-se o acolhimento, atendimento qualificado e individualizado, desde a profilaxia, até a dispensação dos medicamentos, notificação de casos suspeitos e confirmado, sistematização da assistência de enfermagem, plano de segurança e acompanhamento.

Para que a assistência seja integral e humanizada, é necessário desenvolver estratégias com base na população atendida. Nesse sentido, identificou-se a relevância de incluir na rotina dos serviços o acolhimento destes casos, incentivando a participação da mulher em seu plano terapêutico e trabalhando seu empoderamento como sujeito de direitos. Conhecer a rede de atendimento às vítimas de violência do município e região, desenvolver um fluxo assistencial para tal e realizar o planejamento de visitas domiciliares foram estratégias destacadas para minimizar as dificuldades, aumentar a adesão e visibilidade da temática.

Sabe-se que na prática diversas dificuldades são encontradas, vezes relacionadas ao conhecimento superficial dos profissionais, acerca da rede de atendimento disponível, papel dos profissionais como agentes de saúde e obrigatoriedade da notificação compulsória da violência. Argumentadas pela falta de conhecimento científico e prático envolvendo a violência, tanto em sua formação, quanto na rotina profissional.

Nesta perspectiva o enfermeiro como educador em saúde e líder da equipe, deve trabalhar a educação continuada dos profissionais e da população, conscientizando-os sobre a violência, suas formas, dificuldades que as mulheres encontram, impactos a curto e longo prazo na saúde das vítimas, sinais e sintomas, leis e direitos da mulher, papel do serviço e dos profissionais de saúde.

Por fim, acrescenta-se que, apesar da literatura acerca da temática apresentar grande número de resultados, a maioria das pesquisas com profissionais da saúde atuando na prática assistencial apresentaram resultados negativos, evidenciando a necessidade de investimentos quanto a educação continuada dos profissionais e estudantes de saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, DF. et al . ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300311&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Maio 2020.

ACOSTA, DF. et al. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472018000100417&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 03 Abril 2020.

AMARIJO, CL. BARLEM, ELD. ACOSTA, DF. MARQUES, SC. Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, p. 01-07, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33874>> Acesso em 21 Abril 2020.

BATISTA, AC. DIVINO, AEA. MARTINS, MCV. A Sistematização da Assistência de Enfermagem no atendimento a mulheres vítimas de violência. **Congresso Internacional de Enfermagem – CIE**, Sergipe, 09-12 mai. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5130> > Acesso em 03 Abril 2020.

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica. Brasília – DF, v II, n. 28, 290 p., 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf > Acesso em 23 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. 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. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> Acesso em : 13 fev. 2020.

BRASIL. Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Presidência da República; Secretaria-Geral. Brasília, 2003. Disponível em: <planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm>. Acesso em : 05 mai. 2020.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> Acesso em 01 mai. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013, artigo 128. 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. Presidência da República; Secretaria-Geral. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm> Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. MAPA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2018. Câmara dos Deputados; Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Brasília- DF, 2018. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf>> Acessado em: 13 fev. 2020.

BRASIL. Boletim Epidemiológico. Violência contra mulheres e meninas do campo, da floresta e das águas. Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em Saúde. Brasília/DF, v. 51, n. 1º, p. 14-18, janeiro de 2020. Disponível em : <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/15/Boletim-epidemiologico-SVS-01.pdf>>. Acesso em 27 fev. 2020.

BRASIL. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, ed. 1, p. 22, 2017. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpeoal_autoprovocada_2ed.pdf> Acesso em 21 fev. 2020.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Brasília, Série E. Legislação em Saúde, ed. 1, 110 p., 2012b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 18 abr. 2020.

BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 82 p., 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> Acesso em 21 jan. 2020.

BRASIL. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A, Normas e Manuais Técnicos; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 6; 3. ed.. Brasília, 2012c. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf > Acesso em 15 mar. 2020.

BRASIL. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, ed. 1, 230 p., 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf> Acesso em 18 fev. 2020.

BRASIL. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres; Presidência da República. Brasília, coleção enfrentando a violência contra as mulheres, 74 p., 2011. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>> Acesso em 13 fev. 2020.

HEISLER, ED. Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência. **Cienc Cuid Saude**, Rio Grande do Sul, v.16, n.3, Jul-Set, 2017. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967660>> Acesso em 21 Abril de 2020.

MARTINS, LCA. et al. Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, Rio Grande do Sul, Jul/Set, 2016. Disponível em: <pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974857> Acesso em 21 Abril 2020.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2015-2017. 10ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2015.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2018-2020. 11ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2018.

NASCIMENTO, VF. et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família. **Rev. APS**, Mato Grosso, v. 20, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881237>> Acesso em 11 Fevereiro 2020.

NASCIMENTO, VF. ROSA, TFL. TERÇAS, ACP. HATTORI, TY. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p, 15-22, jan./abr. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979968> > Acesso em 11 Fevereiro 2020.

OLIVEIRA, CS. DELZIOVO, RC. LUIZ, CL. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, p. 61, 2018. Disponível em: < www.unasus.ufsc.br> Acesso em 15 maio de 2020.

ONU MULHERES. Acabar com a violência contra as mulheres no contexto do COVID-19. 30 de março de 2020. Disponível em: <onumulheres.org.br/noticias/acabar-com-a-violencia-contra-as-mulheres-no-contexto-do-covid-19> acesso em 01 abril 2020.

SÃO PAULO. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Coordenação da Atenção Básica; Secretaria Municipal da Saúde; Prefeitura de

São Paulo. São Paulo, 148 p., 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf> Acesso em 17 abr. 2020.

TOLEDO, LM. et al. Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. ENSP; FIOCRUZ. Rio de Janeiro, caderno Nº 3, maio, 2013. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_469588428.pdf> Acesso em 11 abr. 2020.

VILELA, LF. et al. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, ed. 2, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf> Acesso em: 12 jan. 2020.