

# Violência contra a mulher e suas consequências

Violence against women and its consequences

Leônidas de Albuquerque Netto<sup>1</sup>

Maria Aparecida Vasconcelos Moura<sup>1</sup>

Ana Beatriz Azevedo Queiroz<sup>1</sup>

Maria Antonieta Rubio Tyrrell<sup>1</sup>

María del Mar Pastor Bravo<sup>2</sup>

## Descritores

Saúde da mulher; Enfermagem de atenção primária; Violência contra a mulher; Violência doméstica; Saúde da família

## Keywords

Women's health; Primary care Nursing; Violence against women; Domestic violence; Family health

## Submetido

10 de Abril de 2014

## Aceito

23 de Junho de 2014

## Autor correspondente

Leônidas de Albuquerque Netto  
Rua Afonso Cavalcanti, número 275,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
CEP: 20211-110  
leonidasalbuquerque@bol.com.br

## DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400075>

## Resumo

**Objetivo:** Analisar as consequências da violência contra a mulher praticada pelo companheiro, na perspectiva das mulheres, como proposta de intervenção do enfermeiro na atenção à saúde.

**Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Referencial teórico sustentado pela Teoria de Enfermagem de *Levine*. Participaram 16 mulheres que vivenciaram violência pelo companheiro íntimo. Para análise, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo.

**Resultados:** As consequências da violência à mulher foram distúrbios do sono, alimentação inadequada, falta de energia, dores pelo corpo, hematomas, escoriações, síndrome do pânico, tristeza, solidão e baixa autoestima, que determinaram danos psicoemocionais e físicos.

**Conclusão:** Foram constatados agravos à integridade da mulher frente aos princípios da conservação de *Levine* na conservação de energia e integridade estrutural, pessoal e social, considerando a intervenção do enfermeiro essencial ao apoio, à promoção e à reabilitação da saúde da mulher.

## Abstract

**Objective:** To analyze the consequences of intimate partner violence, from the perspective of women, as an intervention proposal for nurses in health care.

**Methods:** Qualitative, descriptive and exploratory research. Theoretical framework supported by Levine's Nursing Theory. Sixteen women who had experienced intimate partner violence participated in the study. The Collective Subject Discourse was used for the analysis.

**Results:** The consequences of violence against women were sleep disorders, improper diet, lack of energy, body aches, bruises, abrasions, panic attacks, sadness, loneliness and low self-esteem, constituting psycho-emotional and physical harm.

**Conclusion:** Assaults upon the integrity of women were evidenced, based on Levine's conservational principles, in terms of conservation of energy and conservation of structural, personal and social integrity, where the intervention of the nurse is essential for support, promotion and rehabilitation of women's health.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, España.

**Conflitos de interesse:** não há conflitos de interesse a declarar.

## Introdução

O drama da violência contra a mulher é recorrente e aprisionante, abala a autonomia, destrói a autoestima e diminui a Qualidade de Vida, trazendo consequências à estruturação pessoal, familiar e social. As agressões são ameaçadoras e estão, geralmente, associadas a problemas sociais preocupantes, como desemprego, marginalização, desigualdades sociais, uso de álcool e drogas, trazendo impacto à morbimortalidade dessa população. Contribui para a perda da Qualidade de Vida, aumentando os custos com cuidados à saúde, e o absenteísmo na escola e no trabalho, além de consistir numa das mais significativas formas de desestruturação pessoal, familiar e social.<sup>(1)</sup>

A violência é qualquer ato de agressão ou negligência à pessoa, ao grupo ou à comunidade, que produz ou pode produzir dano psicológico, sofrimento físico ou sexual, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto em âmbito público como no privado.<sup>(2,3)</sup>

Para compreender a complexidade da violência à mulher é necessário desvendar suas estruturas a partir do conceito de gênero. Entende-se gênero como uma construção histórica e sociocultural, que atribui papéis e comportamentos aos sexos. Para as mulheres, determinam-se a passividade, a fragilidade, a emoção e a submissão; aos homens, a atividade, a força, a racionalidade e a dominação. A dimensão de gênero é estruturada enquanto relação de poder, implicando em uma usurpação do corpo do outro, e configura-se, geralmente, entre homens e mulheres.<sup>(4)</sup>

Pesquisa realizada no Brasil pela Fundação Perseu Abramo, sobre a violência contra as mulheres e relações de gênero nos espaços públicos e privados, estimou que entre as 2.365 mulheres de 25 Estados da Federação, 34% estavam sujeitas à violência no espaço doméstico.<sup>(5)</sup> A cada 2 minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente. Os atos violentos resultam na perda de 1 ano de vida saudável, a cada 5 anos de submissão às agressões.<sup>(6)</sup>

Atualmente, essa violência, independentemente da perspectiva de gênero, é permeada por vários aspectos físicos, psicológicos e sexuais, e considerada um problema de saúde pública, constituindo-se uma

violação de direitos humanos.<sup>(7)</sup> Uma intervenção resolutiva à essa problemática não deve prescindir, necessariamente, de uma conduta clínica, mas deve buscar medidas que promovam a conservação da saúde. Isso porque ações clínicas não são suficientes para responder às variadas dimensões dos problemas e às necessidades em saúde das mulheres. O fortalecimento da intersetorialidade e das ações coletivas é fundamental à superação da impotência referida por muitos profissionais de saúde nas situações que envolvem violência.<sup>(8)</sup> As ações exigem, em saúde/Enfermagem, uma abordagem mais ampla, ressaltando propostas de intervenção ao acompanhamento dessas mulheres nas unidades de saúde, em redes de apoio social e atenção integral e humanizada.

A mulher, por ser alvo preferencial desse tipo de violência, tem merecido a atenção por parte das autoridades governamentais (nacionais e internacionais), de profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que, em sua trajetória prática e em qualquer ambiente de trabalho, defrontam-se com essa situação, que requer conhecimento específico e habilidade para esse cuidado.<sup>(9)</sup>

Muitas teorias foram propostas na Enfermagem, mas, considerando a mulher violentada, primou-se por um referencial teórico que oferecesse uma visão integral do ser humano. Com apoio desse pressuposto, recorreu-se à Teoria de Enfermagem de *Myra Strin Levine*,<sup>(10)</sup> buscando os nexos com a Atenção Integral da Saúde da Mulher. O modelo conceitual de *Levine* caracteriza o ser humano como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente, e preocupa-se com o paciente que adentra um estabelecimento de saúde, necessitando de assistência em seu estado de saúde alterado.

A discussão pauta-se nos princípios referentes à saúde debilitada de mulheres que vivenciaram a violência pelo companheiro, no ambiente privado e vedado ao público. Essa teoria destaca a doença como uma situação de estresse na qual o indivíduo procura adaptar-se ao estado de saúde alterado. Essa adaptação manifesta-se por uma reação orgânica, que inclui mudanças negativas no comportamento ou na degradação dos níveis de funcionamento do corpo, com o objetivo de resgatar, no indivíduo, o estado de independência completa.<sup>(11)</sup>

O enfermeiro proporciona ao indivíduo os cuidados apropriados, sem perder a atenção à sua integridade e encorajando a participação da mulher em seu próprio bem-estar. O propósito do enfermeiro é transmitir conhecimento e força, motivando a mulher a sair de uma situação debilitante, devendo esta encontrar um espaço mais independente para sobreviver.<sup>(10)</sup>

O saber do enfermeiro deve ajudar no processo de manutenção da unicidade e da estrutura pessoal, familiar e social, por meio de um mínimo esforço despendido, apoiando e promovendo a reabilitação e a inserção sociais. O núcleo dessa teoria apresenta três vertentes teóricas: a adaptação, a conservação e a integridade. Nesta investigação, abordou-se a dimensão da conservação da saúde, abrangendo quatro princípios: (1) conservação de energia, (2) conservação da integridade estrutural, (3) conservação da integridade pessoal e (4) conservação da integridade social.<sup>(11)</sup>

A conservação de energia identifica-se por meio das atividades necessárias ao apoio à vida, como aquelas envolvidas no crescimento e no desenvolvimento. A conservação da integridade estrutural enfoca as experiências com lesões, processos de doença, respostas inflamatórias e imunológicas. A conservação da integridade pessoal enfoca o sentido de ser, definido, defendido e descrito por sua essência, considerando esse ser particular, exclusivo e completo. Enquanto que a conservação da integridade social envolve a definição do ser que vai além do indivíduo, utilizando seus relacionamentos para definir a si mesmos. A identidade de cada um está conectada à família, comunidade, cultura, etnia, religião e educação.<sup>(10)</sup>

A aplicabilidade da teoria de *Levine* oferece suporte a essa pesquisa por meio dos princípios da conservação, que fundamentam as intervenções do enfermeiro diante da problemática da violência na assistência à mulher. Considera-se que o modelo atual de atenção ainda opera em uma lógica da racionalidade e do reducionismo, reforçando o modelo biomédico na assistência realizada pelos profissionais de saúde.<sup>(12)</sup>

A literatura científica aponta estudos que evidenciam as consequências da violência à saúde da mulher como problemas comuns à integridade física e psicoemocional.<sup>(5,12-14)</sup> Como fragilidade na

produção do conhecimento, verifica-se a escassez de estudos com abordagem da Teoria de *Levine*, especialmente nas intervenções do enfermeiro, numa perspectiva da conservação da saúde, em relação à energia e à integridade estrutural, pessoal e social.

O objetivo deste trabalho foi analisar as consequências da violência contra a mulher praticada pelo companheiro íntimo, na visão das mulheres, sustentada na Teoria de Enfermagem de *Levine*, como proposta de intervenção do enfermeiro na Atenção Integral da Saúde da Mulher.

## Métodos

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida no Centro de Referência e Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica (CR Mulher), na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Esse centro trabalha com grupos de reflexão, reuniões frequentes e dinâmicas educativas, procurando resgatar a autoestima das mulheres.

As participantes foram mulheres, com mais de 18 anos de idade, que vivenciaram violência física, psicológica ou sexual praticada pelo companheiro íntimo, presentes nas reuniões dos grupos de reflexão e que assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2012. Foram entrevistadas 16 das 32 mulheres atendidas no CR Mulher. O recorte empírico delimitou-se pela saturação dos dados e pela diversidade desse universo.

Para captação dos dados, utilizou-se a entrevista individual, com roteiro semiestruturado, realizada em sala reservada desse cenário, gravada com autorização e com duração média de 40 minutos. Houve apresentação formal, respeitando os critérios éticos, o caráter sigiloso e a possibilidade de interrupção de sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo na assistência. Dessa forma, procurou-se primeiramente conhecer o perfil sociodemográfico das mulheres participantes.

A análise dos resultados foi fundamentada no método do Discurso do Sujeito Coletivo, que consistiu na organização dos dados empíricos, de natureza verbal, obtidos nos depoimentos. Para elabo-

rar os Discursos do Sujeito Coletivo, foi necessário construir duas figuras metodológicas: as Expressões-Chave e as Ideias Centrais. As primeiras consistiram em transcrições literais do discurso, que revelam a essência dos depoimentos. “Ideias Centrais” é uma expressão linguística que descreve, de maneira mais fidedigna, o sentido de cada conjunto homogêneo de Expressões-Chave. Como técnica de processamento de dados, o Discurso do Sujeito Coletivo sugere uma pessoa coletiva falando como um sujeito individual do discurso.<sup>(15)</sup>

Nessa construção do Discurso do Sujeito Coletivo, foram agregados pedaços isolados de depoimentos, para formar um conjunto discursivo, em que cada parte pudesse ser reconhecida como constituinte do todo e vice-versa.<sup>(15)</sup> Quando uma resposta apresentou mais de um Discurso do Sujeito Coletivo, esta foi distinguida das demais por critérios de diferença e antagonismo ou de complementaridade, obedecendo a uma coerência das ideias. Finalmente, foram eliminadas as repetições e os particularismos dos discursos individuais para a estruturação do Discurso do Sujeito Coletivo, possibilitando naturalidade e espontaneidade ao pensamento coletivo.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados

Uma pessoa não pode ser compreendida fora do contexto de tempo e lugar no qual interage e nunca está isolada da influência de tudo que acontece ao seu redor, na ideia de *Levine*. Os seres humanos são influenciados por suas circunstâncias imediatas e suportam as experiências de uma vida inteira, as quais deixam marcas em seu corpo, mente e espírito.

As características das 16 mulheres participantes apontaram que nove tinham idade entre 25 a 44 anos. Quanto à relação conjugal, oito estavam separadas ou divorciadas de seus companheiros. Referente ao grau de escolaridade, dez mulheres tinham cursado 12 anos de estudo. Dessas participantes, 11 trabalhavam em atividades remuneradas, três eram donas de casa e duas eram

aposentadas. A metade delas declarou-se branca, sete pardas e uma negra.

Da análise dos dados emergiram quatro Ideias Centrais referentes às consequências da violência, conforme os princípios da conservação da saúde na Teoria de Enfermagem de *Levine*, descritas nos Discursos do Sujeito Coletivo, de acordo com o relato das mulheres.

Na primeira Ideia Central, são indicadas as consequências da violência que comprometem a conservação de energia da mulher:

*Meu sono não é tranquilo, acordo várias vezes à noite. Sinto desgaste, estou cansada, meu corpo está dolorido. Quando ele [o companheiro] me agrediu fiquei quatro dias sem comer, e tinha que amamentar meu filho. Me sinto fraca e sem energia. Emagreci, tenho prisão de ventre e dor de barriga. (DSC 1)*

As consequências da violência que comprometem a conservação da integridade estrutural ficaram evidenciadas na segunda Ideia Central, resultando no seguinte discurso:

*As agressões me deixam nervosa e como muito, estou fora do meu peso, não consigo parar de engordar. Fiquei com hematomas nos braços. Quando ele [o companheiro] tentou me enforcar fiquei com marcas no pescoço. Ele me chutou e tive marcas roxas nas costas. Ele me deixou toda ensanguentada e fiquei um tempo internada. Voltei a fumar, era uma coisa que eu não queria. (DSC 2)*

A terceira Ideia Central identifica as consequências da violência que comprometem a conservação da integridade pessoal da mulher:

*Fui me aniquilando, me odiava. Sentia que não servia pra nada e falava pra mim mesma, ‘pra quê sirvo se não consigo fazer o meu esposo gostar de mim?’. As marcas psicológicas são as piores, a gente se sente incapaz e impotente. Você não quer mostrar para os outros que está passando pela violência. A gente fica muito perturbada com as palavras ruins que o nosso companheiro diz. Sinto uma baixa autoestima. (DSC 3)*

As consequências da violência que comprometem a conservação da integridade social estão expostas na quarta Ideia Central:

*Quando ele [o companheiro] falava que ia fazer algum mal com os meus parentes eu ficava doída, a mim ele podia até me matar. Meu maior arrependimento foi ter parado de trabalhar. Perdi a confiança nos homens e acho que todos vão fazer a mesma coisa e*

*me distancio. Perdi o interesse por tudo, não me cuidava e não saía de casa. Ficava trancada no meu quarto e não queria ver e nem falar com ninguém.* (DSC 4)

## Discussão

Os limites dos resultados nesta pesquisa relacionam-se à empregabilidade da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo como uma estratégia metodológica discursiva, que possibilitou uma compreensão relativamente limitada de um conjunto de representações que conformaram um imaginário específico de um grupo de mulheres que vivenciaram a violência.

Nossos resultados permitem que os enfermeiros desenvolvam ações de intervenção na assistência às mulheres em situação de violência praticada pelo companheiro, tendo como base conceitos da Teoria de Enfermagem de *Levine*, considerando as consequências dos atos agressivos da violência à sua saúde.

As características dessas mulheres foram semelhantes às do perfil da população feminina em situação de violência encontradas em outras pesquisas.<sup>(16-20)</sup> A maioria era de mulheres adultas jovens em idade reprodutiva, casada ou em união consensual, com o Ensino Médio Completo, ativa no mercado de trabalho, de cor branca, e os agressores foram predominantemente o companheiro íntimo.

O comprometimento da conservação de energia das mulheres caracterizou-se por distúrbios do sono e repouso, desgaste físico, sensação constante de cansaço, alimentação inadequada, fraqueza, falta de energia e distúrbios do trato intestinal. A conservação de energia é um fator de proteção para a integridade do sistema funcional do indivíduo, abordando sua saúde de forma holística.<sup>(10)</sup> As sintomatologias consequentes de relacionamentos violentos foram traduzidas por insônia, cefaleia, fadiga, constipação, emagrecimento, entre outros. Os efeitos da violência conjugal ocorrem em razão de sua repetição, como trauma psíquico de intensidade moderada ou grave, sem que haja o alinhamento a uma postura medicamentosa de problemas que, geralmente, são de natureza política e sociocultural.<sup>(21)</sup>

Na atenção prestada pelo enfermeiro às mulheres em situação de violência, quanto à conservação

de energia, são essenciais a anamnese e o exame físico, com verificação dos sinais vitais, avaliação nutricional relativa à frequência e à disponibilidade de alimentos, prática de exercícios físicos, padrão das eliminações vesicointestinais e avaliação dos ciclos menstruais. O enfoque desses parâmetros foi a identificação de aspectos da conservação e gastos de energia relativas ao sofrimento, trazendo a mulher para o cuidado do enfermeiro.

No discurso das participantes, evidenciaram-se lesões como hematomas, escoriações, luxações e lacerações. Quanto aos processos de doença, respostas inflamatórias e imunológicas, elas relataram dores pelo corpo, obesidade, síndrome do pânico, crises de gastrite e úlcera. A conservação da integridade estrutural é o processo de restauração e manutenção do organismo, que possui mecanismos de defesa para proteger o indivíduo contra possíveis perdas teciduais, evitando a entrada de microrganismos, prevenido um colapso físico e promovendo a recuperação.<sup>(10)</sup> Entre os danos da vivência de violência à saúde das mulheres estão mutilações, fraturas, dificuldades ligadas à sexualidade e complicações obstétricas.<sup>(22)</sup> A violência também leva a um maior risco de acidentes e ao hábito de fumar. Geralmente, essas mulheres fazem uso de medicamentos em excesso, principalmente antibióticos e anti-inflamatórios.<sup>(23)</sup>

No âmbito da assistência do enfermeiro às mulheres, diante da conservação da integridade estrutural, no exame físico, são essenciais a inspeção e a observação da integridade cutânea, para investigar a presença de lesões na pele. Na ocasião da anamnese e do histórico, a mulher pode revelar os processos de doença vivenciados, bem como as reações inflamatórias e imunológicas, devendo ser realizados os encaminhamentos às redes de apoio.

As consequências pessoais das participantes da pesquisa foram sentimentos de aniquilação, tristeza, desânimo, solidão, estresse, baixa autoestima, incapacidade, impotência, ódio e inutilidade. O princípio da conservação da integridade pessoal consiste na preservação da individualidade e da privacidade.<sup>(10)</sup> Estudo realizado em unidades hospitalares apontou, como agravos à saúde mental das mulheres resultantes da violência: irritabilidade, autoestima diminuída, insegurança profissional, tristeza, solidão,

raiva, falta de motivação, dificuldades de relacionamento, desejo de sair do trabalho e dificuldades de relacionamento familiar.<sup>(24)</sup>

Diante da conservação da integridade pessoal da mulher, o enfermeiro é responsável por zelar por sua privacidade e envolvê-la nos processos decisórios, proporcionando um ambiente acolhedor, uma escuta atenta e sensibilidade diante da problemática. Entretanto, essa mulher que compartilha experiências de vida com outras pessoas, também preserva sua identidade como ser único. O ser humano tem um ser público e um particular, cujas particularidades, muitas vezes, não são divididas nem com as pessoas mais íntimas. Quando ela reconhecer, no enfermeiro, um profissional disposto a ajudá-la e orientá-la, o processo de fortalecimento de sua autoestima e autonomia deve ser facilitado.

As mulheres expressaram o medo de que o companheiro causasse mal a seus familiares, principalmente aos filhos; arrependeram-se de ter deixado de trabalhar fora; e sentiam dificuldade pela falta de interesse em se relacionar com outras pessoas. A conservação da integridade social refere que todo indivíduo vive em sociedade e seu comportamento está relacionado aos grupos de convivência.<sup>(10)</sup> Na fragilidade da saúde, essa mulher sente-se solitária, retornando o pensamento para familiares e amigos, ao considerar que estes são essenciais ao seu restabelecimento. O enfermeiro, nas redes de apoio social, tem seu papel no encorajamento e na reinserção da mulher em seu novo contexto, compreendendo-a como um corpo vivido, dominado, explorado e sofrido, que guarda sua história na subjetividade.<sup>(25)</sup>

Diante da conservação da integridade social, as informações obtidas pelo enfermeiro são relevantes para o estabelecimento das possibilidades pessoais e dos recursos sociais e familiares, construindo alternativas e ações que fortaleçam vínculos de assistência e acompanhamento, com ampliação das redes de apoio na segurança, justiça e assistência social.

## Conclusão

A análise das consequências da violência às mulheres praticada pelo companheiro encontrou,

neste estudo, nexos com os princípios da conservação da saúde na Teoria de *Levine*, referente ao comprometimento da conservação de energia e de integridade estrutural, pessoal e social. Os resultados caracterizaram-se por distúrbios físico, psicológico e emocional, influenciando na conservação e na integridade à saúde da mulher de forma degradante, agressiva e destruidora de sua autoestima e de seu estado de independência completa. Há necessidade da inserção dos enfermeiros na Atenção Integral da Saúde da Mulher e no atendimento humanístico, e no acolhimento, fortalecendo sua autonomia e autoestima. A Teoria de Enfermagem de *Levine* permitiu ampliar um conhecimento no campo de prática do enfermeiro numa possibilidade de intervenção, com suas ações para a promoção e redução dos impactos da violência contra a mulher.

## Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa durante 16 meses de realização do Curso de Mestrado na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, período de 2011 a 2013.

## Colaborações

Netto LA trabalhou na elaboração do projeto, concepção e delineamento da pesquisa, revisão de literatura, coleta de dados e análise, interpretação dos resultados e redação do artigo. Moura MAV contribuiu com a orientação e condução do artigo por meio de revisão crítica relevante ao conteúdo da produção intelectual. Queiroz ABA; Tyrrell MAR e Bravo MMP colaboraram na aprovação final da versão do artigo à publicação.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências [Internet]. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2014 Abr 7]. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_domestica.pdf).

2. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
3. Kopcavar NG, Svab I, Selic P. How many Slovenian family practice attendees are victims of intimate partner violence? A re-evaluation cross-sectional study report. *BMC Public Health*. 2013;13:703.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. 3. ed. atualizada e ampliada. 1. reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012[cited 2014 Apr 7]. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf).
5. Fundação Perseu Abramo. [Brazilian women and gender in public and private spaces] [Internet]. 2010[cited 2014 Abr 7]. Available from: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Portuguese.
6. Acosta DF, Gomes VL, Barlem EL. [Profile of police reports related to violence against women]. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6): 547-53. Portuguese.
7. World Health Organization (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guideline. World Health Organization; 2013.
8. Guedes RN, Fonseca RM, Egly EY. [The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):304-11. Portuguese.
9. Morais SC, Monteiro CF, Rocha SS. [Nursing care for sexually violated women]. *Texto & Contexto Enferm*. 2010; 19(1): 155-60. Portuguese.
10. Levine ME. Conservation and integrity. In: Parker ME, organizadora. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing; 1990. p.189-201.
11. George JB, Myra Estrin Levine. In: George JB, organizadora. *Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000. p. 159-68.
12. Guzmán YE, Tyrrell MA. Building an in-commom language among women, victims of conjugal violence. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4): 679-84. Spanish.
13. Guedes RN, Silva AT, Fonseca RM. T[he violence of gender and health-disease process of women]. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(3): 625-31. Portuguese.
14. Miranda MP, Paula CS, Bordin IA. [Life-long domestic violence against women: prevalence and immediate impact on health, work, and family.] *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):300-8. Portuguese.
15. Lefèvre F, Lefèvre AM. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: Lefèvre F, Lefèvre AM. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul (RS): Desdobramentos, Educs; 2005. p. 13-35.
16. Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MD, Silva MM, Silva RE. [Accidents and violence among women attended in Sentinel Emergency Services - Brazil, 2009]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2319-29. Portuguese.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012[citado 2014 Abr 7]. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3200:saude-brasil-2011-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-a-vigilancia-da-saude-da-mulher&catid=758:bra-principal&Itemid=347](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3200:saude-brasil-2011-uma-analise-da-situacao-de-saude-e-a-vigilancia-da-saude-da-mulher&catid=758:bra-principal&Itemid=347).
18. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MS, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. [Characteristics of women victims of sexual violence and their compliance with outpatient follow-up: time trends at a referral center in Campinas, São Paulo State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):701-13. Portuguese.
19. Griebler CN, Borges JL. [Violence against women: profiles involved in the occurrence of Maria da Penha law police reports]. *Psico*. 2013; 44(2):215-25. Portuguese.
20. Moura MA, Netto LA, Souza MH. [Socio-demographic profile for women who faces the violence and get the support at specialized police stations]. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012;16(3):435-42. Portuguese.
21. Pazo CG, Aguiar AC. [Senses of intimate violence: analysis of an anonymous telephone service database]. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012; 22(1):253-73. Portuguese.
22. Nascimento MG, Xavier PF, Sá RD. [Pregnant teens: experiences at the family and social levels]. *Adolesc Saúde*. 2011; 8(4):41-7. Portuguese.
23. Sonogo M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, Anes A, et al. Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gac Sanit*. 2013;27(5):440-6.
24. Barbosa R, Labronici LM, Sarquis LM, Mantovani MF. [Psychological violence in nurses' professional practice]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):26-32. Portuguese.
25. Labronici LM. [Resilience in women victims of domestic violence: a phenomenological view]. *Texto & Contexto Enferm*. 2012; 21(3):625-32. Portuguese.