

Cartilha de Orientações
da Enfermagem Forense

Violência

IDENTIFIQUE

NOTIFIQUE

DENUNCIE



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM FORENSE



Associação Brasileira de Enfermagem Forense

AUTORES:

Enfa Esp Adriana dos Santos (SE)

Enfa Dra Ana Paula Lemos Vasconcelos (SE)

Enfa.Esp Flávia Cristina Silva Santos (SE)

Enfa.Dep.Ms. Lourdes Goretti de Oliveira Reis (SE)

Enfa Esp Irene Ferreira (SE)

Enf Esp Jebson Souza Medeiros (AC)

Enfa Esp Luciana Mathias de Oliveira Monteiro (RS)

Enfa Esp Luciane Rachel Bessa Guerra da Silva Martini (SP)

Enfa. Esp. Nieli de Matos Freire(MG)

Enfa Dra Rafaella Queiroga Souto (PB)

Enfa Esp Talyta Mecnas Galvão Arcanjo (SE)

Enfa. Esp Vânia Baioni (ES/USA)

Enfa Esp Zenaide Cavalcanti de Medeiros Kernbeis (SE)

Ac. Zenóbia Cavalcanti de Medeiros (SE)



Associação Brasileira de Enfermagem Forense



Sumário

APRESENTAÇÃO	3
TIPOS DE VIOLÊNCIA	
CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM	8
VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE.....	9
Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente.....	12
Violência Física	12
Violência Sexual	13
Violência Psicológica	14
Negligência	15
Acolhimento.....	16
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	19
Indicadores de violência contra mulher.....	22
Violência Física	22
Violência Sexual	23
Violência Psicológica	23
As consequências e alterações físicas e psicológicas nas mulheres vítimas de violência	24
Acolhimento	26
VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO	29
Violência contra o Idoso	30
Indicadores de violência contra idosos	33
Sinais de Violência	33

Acolhimento	36
OBRIGATORIEDADES NO REGISTRO DE INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO	39
NOTIFICAÇÃO DOS CASOS	40
MITOS E RALIDADES	41
REFLEXÃO	50
REFERÊNCIAS	51



APRESENTAÇÃO

A violência é um fenômeno complexo, que envolve fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos. Sua prevalência tem aumentado ao longo dos anos, tornando este agravo um problema de saúde pública.

A relação entre a violência e a saúde tem se tornado cada vez mais evidente, principalmente diante das consequências negativas para a vida das vítimas.

Pessoas que recorrem aos serviços de saúde com queixas clínicas, podem muitas vezes vivenciar situações de violência no contexto domiciliar, portanto, faz-se necessário capacitar os profissionais de saúde a identificar os possíveis contextos violentos em meio a assistência prestada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (KRUG et al., 2002).

O enfermeiro precisa estar preparado para atender a demanda da violência nos serviços de saúde, sendo capaz de atuar na prevenção da violência e na promoção de uma cultura de paz; de detectar precocemente casos de violência, inclusive os que não estão explícitos (muitas vezes disfarçados de acidentes ou dores recorrentes); de prestar um cuidado humanizado para as vítimas e para os agressores; e de realizar a notificação dos casos suspeitos e



confirmados.

Além disto, o enfermeiro é indispensável na equipe multiprofissional que assiste a essas vítimas, sendo o profissional que fica mais tempo ao lado dos clientes, e, por ser, na maioria das vezes, o primeiro a receber essas pessoas. O profissional deve suspeitar de maus-tratos sempre que não encontrar explicação para lesões, hematomas, quedas frequentes, entre outros sinais.

O cuidado de enfermagem às vítimas de violência deve promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das suas necessidades individuais. Portanto, o seu atendimento deve ser planejado e pautado nas políticas públicas de saúde, na legislação vigente e baseado nos instrumentos básicos de enfermagem. Esta tríade torna-se fundamental para a segurança das vítimas, evitando a revitimização, e, minimizando assim agravos futuros.

Esta cartilha faz parte das ações da Associação Brasileira de Enfermagem Forense com objetivo de auxiliar os enfermeiros na identificação de possíveis casos de violência em todos os ciclos da vida.

“A Abeforense nasceu a partir não apenas de um sonho, mas e também da necessidade de fazer mais por essas vítimas de abuso, de ser a voz, o grito de socorro mesmo que oculto das vítimas de violência estando elas vivas ou não” (Mecenas, Medeiros, 2009).



TIPOS DE VIOLÊNCIA

Violência Física - Ação ou omissão que coloque em risco ou cause dano à integridade física de uma pessoa.

Violência Institucional - Tipo de violência motivada por desigualdades (de gênero, étnico-raciais, econômicas, etc.) predominantes em diferentes sociedades. Essas desigualdades se formalizam e institucionalizam nas diferentes organizações privadas e aparelhos estatais, como também nos diferentes grupos que constituem essas sociedades.

Violência Moral - Ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da mulher ou do homem.

Violência Patrimonial - Ato de violência que implique dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens, valores e similares.

Violência Psicológica - Ação ou omissão destinada a degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal.



Violência Sexual - Ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. Considera-se como violência sexual também o fato de o agressor obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros.

Negligência, abandono e privação de cuidados - São formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados.

Violência intrafamiliar/violência doméstica – Acontece dentro de casa ou unidade doméstica e geralmente é praticada por um membro da família que viva com a vítima. As agressões domésticas incluem: abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono.

Violência contra Criança e Adolescente - Ação que cause danos, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social.

Violência contra a Mulher - Ação que cause danos, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Pode acontecer tanto em espaços públicos como privados.



Violência contra o Idoso - Ação cause danos ou aflição ao idoso, tal como: discriminação; agressão ou coerção; morte; constrangimento; limitação; sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social ou perda patrimonial.

Violência de Gênero - Violência sofrida pelo fato de ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição; produto de um sistema social que subordina o sexo feminino.





CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

- Art. 27 - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.
- Art. 28 - Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.
- Art. 29 - Manter sigredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.



VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

“AINDA ACABO FAZENDO UM
LIVRO ONDE NOSSAS CRIANÇAS
POSSAM MORAR”

MONTEIRO LOBATO



Violência contra a criança e adolescente

A infância e adolescência é um período de transformações físicas, emocionais e psicológicas. Toda a violência sofrida nessas duas fases contribui para tornar as crianças e os adolescentes vulneráveis a situações de risco, como uso de drogas e violência, que podem gerar danos físicos, sociais e emocionais.

O abuso provoca desgaste físico e emocional, gerando efeitos neurobiológicos permanentes ao desenvolvimento de crianças e adolescentes. A vivência em um ambiente violento ou até mesmo caso de um episódio isolado desencadeia impactos tão nocivos à saúde psicológica que podem levar a problemas psiquiátricos e comportamentais, e, se não houver acompanhamento irá refletir em sua vida adulta.

Segundo Ministério da Saúde (2012), os principais tipos de violência contra criança e adolescente são: Negligência e abandono (36%); e o Abuso sexual (35%). Entre jovens de dez a 14 anos, os principais abusos são os físicos (13,3%) e os sexuais (10,5%). Entre adolescentes de 15 a 19 anos, os principais tipos de violência são as físicas (28,3%) e as psicológicas (7,6%).

Comumente os agressores são conhecidos tais como



o pai e mãe biológicos, padrasto, madrasta, cuidador, irmãos ou vizinhos.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) a cada hora morre uma criança queimada, espancada ou torturada pelos próprios pais (Unicef, 2004) por minuto, são 12 crianças menores de 14 anos vitimizadas no Brasil segundo Associação Internacional de Prevenção ao Abuso e Negligencia Infantil (Margatildo et all, 2013).

Os casos de violência contra a criança/adolescente necessitam de uma intervenção ampliada, com a participação de uma equipe interdisciplinar com assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo e outros que atuam no atendimento, pois é necessária uma discussão sobre os desfechos que a equipe de saúde pretende alcançar, evitando medidas precipitadas, que podem acabar afastando a família.

O Estatuto da Criança e Adolescente – ECA prevê que os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e adolescente devem ser notificados ao Conselho Tutelar e/ou à autoridade competente da localidade.



Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente.

Violência Física

Indicadores	Comportamento da criança e do adolescente	Características da Família
Presença de lesões físicas, como queimaduras, hematomas, feridas e fraturas, que não se adequam à causa alegada. Ocultação de lesões antigas e não explicadas.	Muito agressivo ou apático; hiperativo ou depressivo; temeroso; tendências autodestrutivas e ao isolamento; baixa autoestima; tristeza; medo dos pais; alega agressão dos pais; relato de causas pouco viáveis às lesões; fugas de casa; problema de aprendizado; faltas frequentes à escola.	Muitas vezes oculta as lesões da criança, justificando-as de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má e desobediente; abusa de álcool ou drogas; possui expectativas irreais acerca da criança; defende uma disciplina severa; tem antecedentes de maus-tratos na família.

“As crianças têm tanta necessidade de amor e carinho como de exemplos a seguir.”



Violência Sexual

Indicadores

Comportamento da
criança e do
adolescente

Características da
Família

Infecções urinárias; dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; lesões e sangramento; secreções vaginais ou penianas; doenças sexualmente transmissíveis; dificuldade de caminhar; baixo controle dos esfíncteres; enfermidades psicossomáticas.

Comportamento sexual inadequado para a idade; não confia em adultos; fugas de casa; brincadeiras sexuais agressivas; comportamento promíscuo; vergonha excessiva e alegações de abusos; ideias e tentativa de suicídio; autoflagelação.

Oculto frequentemente o abuso; é muito possessiva, negando à criança contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade, sedução sexual e de ter atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é forma de amor familiar; alega outro agressor para proteger membro da família.



“As chances de uma criança se tornar um adulto revoltado é proporcional a violência que ela é exposta ainda pequena.”

Felipe Guedes



Violência Psicológica

Indicadores

Problemas de saúde, como obesidade, afecção da pele, distúrbios do sono e dificuldades na fala; comportamentos infantis; enurese noturna.

Comportamento da criança e do adolescente

Comportamentos extremos de timidez ou agressividade, destrutividade e autodestrutividade; problemas do sono; isolamento; baixo conceito de si próprio; abatimento profundo; tristeza; ideia e tentativa de suicídio; insegurança.

Características da Família

Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; desqualifica; exige em demasia; corrompe; isola; descreve a criança como má, diferente das demais.

“Tudo o que a violência faz é ensinar à criança que a força física é um método aceitável de obter o que se quer”

Lionel Shriver - do livro "Precisamos falar sobre o Kevin"



Negligência

Indicadores

Comportamento da
criança e do
adolescente

Características da
Família

Padrão de crescimento deficiente; fadiga constante e pouca atenção; problemas físicos e necessidades não atendidas; vestimenta inadequada ao clima

Comportamentos extremos de hiper ou hipoatividade; contínuas faltas ou atrasos à escola ou ao médico; comportamentos infantis ou depressivos. Dificuldade na aprendizagem.

É apática e passiva, não se importando muito com a situação da criança; tem baixa autoestima e severo desleixo com higiene; é despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.



“As crianças têm mais necessidade de modelos do que de críticas.”

Joseph Joubert



Associação Brasileira de Enfermagem Forense



Acolhimento

Proteger a identidade da criança e do adolescente vítima da violência é um compromisso ético profissional. Sendo assim, essa situação deverá ser relatada somente às pessoas que irão tratar da criança/adolescente.

A consulta com a criança/adolescente deve ser um momento de privacidade para favorecer a expressão de sentimentos; da situação de violência; sua relação com a família, amigos, escola e outros.

Ressalta-se que o adolescente tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações. Porém, este deve ser rompido nas situações previstas por lei, como nos casos de violência ou de risco à vida, sendo, portanto, necessária a notificação ao Conselho Tutelar.

O profissional deve manter a escuta ativa, não fazer julgamentos, favorecendo o vínculo de confiança. A família deve ser envolvida no atendimento, para que possa contribuir com o tratamento do paciente.

Na entrevista com a criança deve-se fazer perguntas abertas, como: "O que aconteceu com você? Diga-me o que aconteceu com você. Como isso aconteceu? O que ele fez ou o que ela fez?" Estas são as perguntas mais fáceis para as crianças responderem.

Evite POR QUE ou perguntas que exigem a compreensão



de conceitos abstratos ou complexos, perguntas que implicam censura e participação ativa da criança/adolescente.

Se houver um suposto acidente, inclua detalhes do evento. Pergunte onde aconteceu, quem testemunhou o evento e como aconteceu. Por exemplo, se houver uma suposta queda, pergunte como caiu? De onde caiu? Caiu sobre que local (superfície)?

Documentar achados físicos, como descrição da lesão, se há lesões em diversos tempos de cicatrização, equimoses em diferentes estágios. Deve conter também o comportamento geral do paciente, incluindo o nível de desconforto e dor.

Observar o comportamento e queixas do responsável pela criança/adolescente e considerar os relatos de:

- Medo repentino de algo ou alguém em particular;
- Choro excessivo quando em contato com determinada pessoa;
- Mudanças repentinas e drásticas de personalidade (uma criança normalmente extrovertida passa a ser submissa e passiva, uma criança geralmente meiga passa a ter comportamento agressivo);
- Medo de ficar sozinha ou separada dos pais (principalmente quando na presença de um suposto agressor);
- Tornar-se mais quieta ou parar de se comunicar quase por completo (ou ainda gaguejar);
- Medo de tirar a roupa;
- Estresse emocional;



- Auto mutilar-se;
- Apresentar sinais de regressão (voltar a fazer xixi na cama, chupar bico, falar como bebê);
- Dificuldade em se relacionar/brincar com outras crianças;





VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

*“A não-violência e a covardia não combinam.
Posso imaginar um homem armado até os
dentes que no fundo é um covarde. A posse de
armas insinua um elemento de medo, se não
mesmo de covardia. Mas a verdadeira não-
violência é uma impossibilidade sem a posse de
um destemor inflexível”*

Mahatma Gandhi



Violência contra a mulher

A violência contra a mulher refere-se a “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Dessa forma, a violência contra as mulheres é uma manifestação da relação de poder historicamente desigual entre homens e mulheres.

Um estudo do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) revelou que nem a Lei Maria da Penha, implantada em 2007, conseguiu evitar a morte violenta de mulheres provocada principalmente pelo marido, namorado ou familiares.

Nos dez primeiros meses de 2015, do total de 63.090 denúncias de violência contra mulher: 31.432 foram de violência física (49,82%), 19.182 de violência psicológica (30,40%), 4.627 de violência moral (7,33%), 3.064 de violência sexual (4,86%), 3.071 de cárcere privado (1,76%), 332 envolvendo tráfico (0,53%). (Secretaria de Políticas para as Mulheres)

A violência contra a mulher, praticada por um estranho, difere de um delito praticado por alguém da estreita convivência da vítima, pois a agressão por uma pessoa se sua convivência, como o marido ou o companheiro, tende a acontecer novamente, formando o ciclo de violência doméstica,



que pode acabar em delitos mais graves; enquanto o praticado por estranhos, dificilmente voltará a acontecer.

A vivência de uma violência sofrida no próprio lar, e que é exercida pela pessoa com quem se mantém uma relação afetiva – associada a certas circunstâncias socioculturais que fazem com que a mulher se sinta responsável pelo que está lhe acontecendo, vendo-se incapaz de fazer algo para evitá-lo e solucioná-lo –, produz um grande impacto emocional nas mulheres vítimas de violência de gênero.

CICLO DA VIOLÊNCIA (Lenore Walker, 1979)

O agressor sabe que seu comportamento foi inadequado e tenta fazer as pazes. É o período de calma incomum.

Fase 3 –
Apaziguamento
e esperança de
mudança



Pequenos incidentes de violência frequentemente.

Fase 1 -
Aumento da
Tensão



Fase 2 -
Incidente agudo
da violência



Caracterizada pela incontrolável descarga de tensão acumulada na fase 1 e pela falta de previsibilidade e controle.

Lenore Walker (1979) afirma que: “Mesmo sabendo que as mulheres são as maiores vítimas da violência por parceiros íntimos, cristalizá-las como **vítimas** e os homens como



agressores não irá contribuir para que o profissional da saúde consiga estabelecer canais de diálogo com estes. ”

Indicadores de violência contra mulher

Violência Física

Indicador	Comportamento da vítima	Comportamento do agressor
Presença de lesões físicas, como queimaduras, hematomas, feridas e fraturas, que não se adéquem à causa alegada. Ocultação de lesões antigas e não explicadas.	Usa roupas excessivamente compostas; Evita sair de casa, e/ou, quando saí, evita falar com vizinhos e familiares; Não faz contato visual; Se explica em demasia.	Agressivo com os profissionais de saúde; Impõe sua presença a força; Postura intimidadora; Ciúmes/raiva por parte do agressor.

“A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida, a liberdade do ser humano. ”

João Paulo II



Violência Sexual

Indicador	Comportamento da vítima	Comportamento do agressor
Infecções urinárias; dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; lesões e sangramento; secreções vaginais;	Evita consultas ginecológicas; Não faz contato visual durante consulta de enfermagem; Evita sair e conversar com os vizinhos e familiares;	Culpa a mulher pela agressão; Abuso de álcool e drogas.

Violência Psicológica

Indicador	Comportamento da vítima	Comportamento do agressor
Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa. Dor que não tem nome ou lugar. História de tentativa de suicídio.	Mudanças bruscas de humor; Baixa autoestima; Apresenta sintomas depressivos; Evita sair de casa.	Ridiculariza ou humilha publicamente; Mudanças bruscas e injustificadas de humor,



As consequências e alterações físicas e psicológicas nas mulheres vítimas de violência

Estudos apontam as seguintes alterações, como consequência da violência de gênero:

- Dor crônica, como dores de cabeça e nas costas, etc.
- Alterações neurológicas centrais, como tonturas, vertigens, perdas de consciência, crises de epilepsia, etc.
- Alterações gastrointestinais, como perda do apetite, alterações nos hábitos alimentares, cólon irritável, etc.
- Hipertensão arterial, devido a certos hábitos de vida.
- resfriados e infecções das vias respiratórias, por afetação do sistema imunológico.

Nas agressões sexuais em 40-45% dos casos, as mulheres sofrem uma série de alterações no aparelho génito-urinário. Entre elas, destacam-se:

- Fibrose vaginal;
- Diminuição da libido;
- Irritação genital;
- Dor ao manter relações sexuais;



- Dor pélvica crônica;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Infecção pelo HIV;
- Abortos induzidos;
- Parto prematuro;
- Recém-nascidos de baixo peso

As principais alterações psicológicas ocorridas são:

- Depressão;
- Baixa autoestima;
- Reações de estresse;
- Consumo de substâncias tóxicas, como álcool e drogas;
- Estresse pós-traumático;
- Ideias e tentativas de suicídio.



FONTES: DATA SENANDO (2013),
PERCEPÇÃO DA SOCIEDADE SOBRE VIOLÊNCIA E ASSASSINATOS DE MULHERES (2013)



Acolhimento

O acolhimento da pessoa em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da tradicional triagem. O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. A pessoa deverá ser acolhida em ambiente reservado assim que sinaliza o fato que a levou a procurar atendimento.

O acolhimento as mulheres vítimas de violência deve ser feito sem julgamentos. Uma pesquisa do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero (2011) afirma que 7% das matérias da mídia atribuíram culpa à vítima pela violência sofrida.

O enfermeiro deve escutar calmamente a história da mulher e suas expectativas em relação à assistência; buscar entender seu problema, a origem de seu sofrimento e as dificuldades que ela tem para sair da dinâmica abusiva.

Em relação a abordagem não deve ser feita em “corredor de emergência” por exemplo, devendo-se garantir um espaço onde a mulher se sinta segura e acolhida para falar de um assunto tão delicado que é a violência, podendo assim criar um vínculo de confiabilidade (Porto, 2004).

As perguntas devem ser abertas como, como "O que



aconteceu com você", "Diga-me o que aconteceu com você", "O que ele fez ou o que ela fez". Evitar POR QUE as perguntas, pois podem sugerir uma perspectiva de julgamento por parte do entrevistador.

As mulheres vítimas de violência procuram os serviços de saúde não apenas para terem seus ferimentos tratados, ela espera que o profissional que a acolheu perceba a real causa de seus ferimentos, anseiam que a violência ali implícita, aos olhos do profissional de saúde, torne-se explícita. Deve-se ressaltar que quando a assistência está voltada apenas para o trauma, principalmente em pronto socorro, o “olhar” para a violência pode estar encoberto (Porto, 2004).

Esse despreparo compromete a identificação dos casos e a realização de atendimentos e de encaminhamentos adequados e ocasionando a subnotificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. Para tanto, foi implantado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009, devendo a notificação ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeitas de violências.

O enfermeiro necessita desenvolver o “olhar” para detecção da violência e reconhecê-la como um problema grave de saúde pública, realizar um atendimento acolhedor, incluir a equipe multiprofissional e encaminhar adequadamente a vítima. Dessa forma estará minimizando a revitimização e



evitando que a vítima sofra mais um tipo de violência, que é a violência institucional, que por sua vez pode agravar todo o sofrimento do qual a mulher vítima foi exposta (Leal, 2016).



Atenção aos filhos da vítima

O exame do estado de saúde dos filhos (a) da mulher vítima de violência é tão importante quanto a assistência a vítima, pois a exposição à violência sofrida pelos filhos (as) que convivem no ambiente caracterizado pelas agressões, produzem uma série de alterações comportamentais, emocionais e físicas, que supõem uma importante deterioração de seu estado de saúde.



VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

“Ama e respeita os companheiros idosos. São eles as vigas que te escoram o teto da experiência e as bases de que hoje te levantas para seres quem és... Auxilia-os, quanto puderes, porquanto é possível que, no dia da existência humana, velhas igualmente a conhecer o brilho e a sombra que assinalam, no mundo, a hora do entardecer”

Autor Desconhecido



Associação Brasileira de Enfermagem Forense



Violência contra o Idoso

A violência contra o idoso é um problema sócio-histórico que se incorpora no campo da saúde pública pela forma como afeta a saúde populacional, sendo considerada um problema de saúde pública mundial (Minayo, Souza Paula, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) a violência contra o Idoso é definida como *“Ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social”*. Esta definição é reforçada pela definição do Estatuto do Idoso: *“qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”* (Estatuto do Idoso, cap.IV, art.19, §1).

A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral (OMS, 2002).

Este tipo de violência é mais prevalente entre idosos do sexo feminino, frágeis, dependentes, socialmente isolados, incontinentes e com alteração do sono. Quanto maior o estresse do cuidador, o tempo de assistência e quanto menor o



número de cuidadores, maior a chance do idoso ser agredido. A falta de preparo profissional para prestar um cuidado humanizado e de qualidade também aumentam o risco de vitimização. Os filhos e netos que sofreram agressão ou que presenciaram cenas violentas na infância, podem se tornar agressores dos seus pais e avôs no futuro. A dependência química e a desestruturação familiar também são consideradas fatores associados à violência perpetrada contra o idoso.

A OMS (2002) refere que a violência contra o idoso pode se manifestar nas formas: física, emocional, sexual, financeira, negligência e abandono. Outros autores (Cooper, Selwood, Livingston, 2008; Lebrão, 2009) ainda adicionam a esta lista a violência institucional e a autonegligência. Em 2013, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação registrou 3.593 notificações de violência contra idosos, sendo elas: violência física (67,7%), violência psicológica (29,1%), negligência (27,8%), violência financeira (7,9%), abuso sexual (3,7%) e tortura (3,3%).

A violência contra o idoso é uma manifestação que independe do nível socioeconômico e se justifica pela concepção socialmente aceita de que o idoso é um peso social. Deste modo, ela é presente em todas as sociedades. Segundo Abdel Rahman e El Gaafary (2012), a prevalência de violência contra o idoso varia entre 2% e 21%, sendo 21,4% em Hong Kong, 18,4% em Israel, 11,9% na Espanha, e 2,6% no Reino Unido. A violência contra o idoso no Canadá varia entre 4% e 10% (INPEA, 2009), é de 18% na Finlândia, 1,2% na Holanda



(Espínola, Blay, 2007), 2,2% na Irlanda (Naughton et al., 2012) e 10% no Brasil (Melo et al., 2006; Moraes et al., 2008).

Este tipo de violência causa danos irreversíveis a vida do idoso, como baixa qualidade de vida, transtornos psiquiátricos, danos físicos e morte prematura. Além disto, este agravo à saúde onera os serviços de saúde (McGarry, 2008).

Milhares de idosos no Brasil são vítimas diárias de violência e grande parte dessa violência física é cometida por familiares, mas comumente o idoso não denuncia por medo de represarias, vergonha, sentimento de culpa, dependência, não identificar a situação como violência ou pensar que não acreditarão. Diante disto, a maior parte das denúncias é realizada por terceiros.

Portanto, o papel do enfermeiro é imprescindível nesse contexto, já que a violência contra a pessoa idosa, muitas vezes não é facilmente identificada. Para a detecção da violência é indispensável um olhar atento e um profissional capacitado para identificar os sinais de alerta.



Indicadores de violência contra idosos

Sinais de Violência

Indicador	Comportamento da vítima	Comportamento do agressor
Hematomas na pele; Olhos roxos; Olheiras; Ferimentos inexplicados; Quedas frequentes; Procura de serviços de emergência com frequência; Perda de peso e sinais de desnutrição; Sinais de desidratação; Óculos quebrados com frequência; Troca frequente de médicos;	Mostrar sinais de depressão ou de ansiedade; Demonstrarem medo diante certas pessoas (cuidador); Tornarem-se passivos e muito submissos;	Comportamento agressivo; Dificuldade para prestar os cuidados diários; Preocupação excessiva; Queixa em relação à carga que ele representa; Hostilidade aos profissionais quando questionados das lesões; Atraso na assistência médica; Sinais de estresse e sobrecarga; Não deixa o profissional conversar a sós com o idoso;



Sinais de Violência

Indicador	Comportamento da vítima	Comportamento do agressor
Descuido nas vestimentas; Falta de higiene; Úlceras por pressão em muitos lugares do corpo; Sinais de sonolência excessiva por uso de sedativos; Alterações de comportamento repentinas pelo idoso, principalmente perante estranhos; Doenças facilmente controláveis, mas que não melhoram por falta de tratamento adequado;	Baixa autoestima; Se culpa da violência sofrida; Antes de falar, olha para o cuidador; Muda de comportamento na frente do cuidador;	Contesta perguntas dirigidas ao idoso; Obstaculiza o cuidado; Apresenta descontrole emocional; Não demonstra sentir-se satisfeito com a vida; Demonstra ser controlador;



Sinais de Violência

Indicador	Comportamento da vítima	Comportamento do agressor
Uso incorreto de medicações; Quedas frequentes; Procura por cuidados médicos constantes; Repetidas ausências às consultas agendadas; Explicações improváveis sua ou de seus familiares para determinadas lesões e traumas.	Baixa autoestima; Se culpa da violência sofrida; Antes de falar, olha para o cuidador; Muda de comportamento na frente do cuidador; História controversas entre o idoso e o cuidador; Solidão; Exagerado respeito pelo cuidador	Tenta convencer o profissional que o idoso é “louco” ou que está “caducando”; Culpabiliza o idoso; Apresenta “gênio forte” Sente-se cansado.

“A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma derrota.”

Jean-Paul Sartre



Acolhimento

A equipe multiprofissional, independente do serviço de saúde, deve estar capacitada para prestar um acolhimento adequado, ou seja, uma escuta qualificada que vise atender às demandas dos usuários. O enfermeiro deve ser parte integrante desta equipe, e, por ser o profissional que primeiro acolhe este cidadão e que passa mais tempo em contato com o mesmo, deve ser capaz de identificar sinais e sintomas de violência contra o idoso, ou, mesmo do risco para tal.

A notificação compulsória da violência contra o idoso está prevista no arcabouço jurídico brasileiro desde de 2003 (BRASIL, 2003), e, está prevista, direta ou indiretamente, no código de ética profissional de médicos, enfermeiros, odontólogos e psicólogos (Saliba et al., 2007). Diante disto, a primeira ação concreta que o enfermeiro deve ter diante de uma suspeita de violência contra o idoso é a notificação formal do caso, mesmo sem sua confirmação.

Entretanto, por falta de informação, medo, preferir não se envolver, por falta de tempo ou por suas crenças pessoais, os profissionais em até 80% dos casos não realizam a sua notificação, contribuindo para a subnotificação deste fenômeno (Perel-levin, 2008).

Além da notificação do agravo à saúde, o profissional



deve fazer a denúncia formal do caso, podendo esta ser direcionada a uma autoridade pública, ao ministério público, ao conselho municipal, estadual ou nacional do idoso. O disk idoso pode ser utilizado, porém o profissional deve, preferencialmente, utilizar as formas anteriormente citadas. O disk idoso foi criado para que pessoas em geral realizem a denúncia sem necessariamente se identificar.

Em todos os atendimentos ao idoso, o enfermeiro deve estar atento aos sinais de violência anteriormente descritos tanto em relação à vítima quanto em relação ao perpetrador. Em seguida, o enfermeiro pode utilizar instrumentos específicos de rastreio de violência doméstica, como por exemplo, o instrumento anexado ao caderno de atenção básica direcionado ao cuidado com o idoso. Diante da suspeita, além da notificação e da denúncia, o enfermeiro deve montar um plano de cuidados específico para atendimento das demandas do usuário, utilizando a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta.

O ideal é trabalhar na perspectiva da prevenção deste agravo à saúde e na promoção da saúde do idoso, ações de destaque no perfil do enfermeiro (Gurugue, Gastaldo, 2008). Estas ações incluem a avaliação periódica do nível de dependência, estimulando a autonomia (o envelhecimento ativo), o incentivo a socialização do idoso, o fornecimento de informação sobre os serviços que o idoso deve procurar quando



em situação de violência, além do fornecimento de orientações sobre as manifestações da violência.

Ainda neste contexto, o enfermeiro deve orientar que o idoso abra e envie suas próprias correspondências, porte e use seus cartões de crédito e débito, procure ajuda legal em caso de ser vitimizado, tenha alguém a quem possa recorrer, evite o isolamento, mantendo contato com outros idosos, sendo estes amigos novos e antigos.



Obrigatoriedades no registro de informações no prontuário

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) e o Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, dispõem sobre os registros que devem constar em prontuário:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência.
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida.
- Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
- Forma(s) de constrangimento empregada(s).
- Tipificação e número de agressores.
- Exame físico completo, inclusive o exame ginecológico (em caso de violência sexual ou suspeita) e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de DSTs, tais como: leucorréias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc).
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica.
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame.
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura.
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.



NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A Portaria GM/MS 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. Nesta, a violência sexual e a tentativa de suicídio passam a ter notificação imediata (24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde.



MITOS & REALIDADES

*“Uma mentira repetida dez mil vezes torna-se
verdade”*

Joseph Goebbels



Associação Brasileira de Enfermagem Forense



Mitos e Realidades

Violência Sexual

MITO: “A agressão sexual limita-se ao estupro.”

REALIDADE: Além do ato sexual com penetração (estupro) vaginal ou anal, outros atos são também considerados abuso sexual, como o voyeurismo, a manipulação de órgãos sexuais, a pornografia e o exibicionismo.

MITO: “Estupros são cometidos por estranhos, à noite e em ruas escuras.”

REALIDADE: Em sua maioria, os casos de agressão sexual são cometidos por algum conhecido, durante qualquer período do dia ou da noite. Grande parte dos casos de violência acontece na própria casa da vítima ou do agressor.

MITO: “O agressor sexual normalmente é um psicopata, um tarado ou doente mental.”

REALIDADE: Os agressores geralmente são pessoas aparentemente normais. Só uma pequena parcela seria considerada clinicamente louca, por critérios psicológicos.

MITO: “Os homens estupram porque estão sexualmente excitados ou porque foram sexualmente privados.”

REALIDADE: Os motivos do estupro são complexos e variados, mas incluem hostilidade contra mulheres. Em geral, o desejo de exercer poder e controle, o desejo de humilhar e degradar e, em alguns casos, de infligir dor.



MITO: “O estupro cometido por alguém conhecido não é tão sério quanto o estupro cometido por um estranho. ”

REALIDADE: Qualquer tipo de estupro é igualmente sério. Mulheres estupradas por conhecidos sofrem níveis de trauma semelhantes às estupradas por estranhos. Alguns sentimentos específicos podem variar, mas não a severidade dos sentimentos.

MITO: “Homens não podem ser vítimas de estupro e agressão sexual e nunca podem ser estuprados. ”

REALIDADE: Homens também são vítimas de estupro e agressão sexual. Seus agressores são quase sempre outros homens. A vítima nesses casos não é necessariamente, nem geralmente, gay. Os homens que são estuprados têm muita dificuldade em encontrar pessoas e serviços que os ajudem e muitas vezes sofrem em silêncio.

MITO: “As mulheres provocam o estupro ou a agressão sexual pela maneira provocante de se vestirem ou conversarem. ”

REALIDADE: A roupa ou o comportamento da mulher não são as causas. O estupro ou agressão sexual é uma expressão de poder e controle. Um homem pode justificar sua violência apontando para o comportamento da mulher, mas isso é uma desculpa e não a razão. A impunidade também facilita a agressão.

MITO: “As mulheres mentem sobre agressão sexual e, às vezes, usam isso para se vingar de seus namorados. ”

REALIDADE: As mulheres não mentem sobre o estupro com mais frequência do que os homens ou mulheres mentem sobre qualquer outro tipo de crime. A vítima raramente mente sobre o estupro. Ao contrário, a agressão sexual é o crime menos denunciado.



MITO: “Secretamente, as mulheres gostam de ser violentadas sexualmente.”

REALIDADE: As mulheres não gostam e não desejam nenhum tipo de agressão sexual! A crença de que a mulher deseja ser agredida é outra maneira de colocar a culpa na mulher e de justificar um comportamento masculino agressivo. Isso confunde o estupro/ a violência com o sexo.

MITO: “A agressão sexual está associada a lesões corporais.”

REALIDADE: A agressão sexual não necessariamente deixa marcas físicas aparentes. Por isso é pouco denunciada. Mas o trauma emocional e físico é muito grande e por isso é importante a vítima procurar ajuda.

MITO: “A maioria dos casos é denunciada.”

REALIDADE: Estima-se que poucos casos, na verdade, sejam denunciados. Quando há o envolvimento de familiares, existem poucas probabilidades de que a vítima faça a denúncia, seja por motivos afetivos ou por medo do agressor; medo de perder os pais; de ser expulso (a); de que outros membros da família não acreditem em sua história; ou de ser o (a) causador (a) da discórdia familiar.

MITO: “As vítimas do abuso sexual são oriundas de famílias de nível socioeconômico baixo.”

REALIDADE: Níveis de renda familiar e de educação não são indicadores do abuso e as famílias da classe média e alta podem ter condições melhores para encobrir o abuso. Nesses casos, geralmente as vítimas são levadas para clínicas particulares, onde são atendidas por médicos da família, encontrando maior facilidade para abafar a situação.



MITO: “A criança mente e inventa que é abusada sexualmente.”

REALIDADE: Raramente a criança mente sobre essa questão. Apenas 6% dos casos são fictícios.

MITO: Adolescentes que sabem o que estão fazendo não são vítimas de exploração sexual.

REALIDADE: não é verdade. A legislação brasileira prevê que crianças e adolescentes são indivíduos em “condição peculiar de desenvolvimento”, sendo, portanto, vítimas em qualquer situação de abuso ou exploração. O autor da agressão tem inteira responsabilidade pela violência.

Violência Doméstica

MITO: Mulheres fortes e independentes livram-se facilmente da violência

REALIDADE: A violência pode fragilizar qualquer mulher, seja qual for seu **status** ou grau de instrução

MITO: A vítima não abandona o homem “porque é apaixonada” ou “por sua escolha”

REALIDADE: A vítima precisa de ajuda para sair de uma relação violenta

MITO: Se a própria vítima pediu revogação da medida protetiva, é porque não há perigo

REALIDADE: A vítima pode correr risco de morte. Vítimas não têm condições de avaliar o próprio perigo. Essa avaliação deve ser feita por autoridades, ou por profissionais com capacitação, segundo critérios validados cientificamente.



MITO: A separação resolve o problema do casal e os conflitos “são normais”

REALIDADE: O momento mais perigoso é o da separação

MITO: “A violência doméstica só ocorre esporadicamente”.

REALIDADE: A cada 15 segundos, uma mulher é agredida no país.

MITO: “Roupa suja se lava em casa”.

REALIDADE: Enquanto o problema não for encarado como de saúde pública, os cofres governamentais continuarão a ser onerados com aposentadorias precoces, licenças médicas, consultas internacionais. Os níveis de delinquência juvenil e repetência escolar continuarão altos e as mulheres continuarão a ser mortas.

MITO: “A violência doméstica só acontece em famílias de baixa renda.”

REALIDADE: A violência é o fenômeno mais democrático que existe, não fazendo distinções de classe econômica, raça ou cultura.

MITO: “As mulheres apanham porque gostam ou porque provocam.”

REALIDADE: Quem vive violência gasta a maior parte do seu tempo tentando evitá-la, protegendo-se e a seus filhos. As mulheres ficam ao lado dos agressores para preservar a relação, e não a violência.

MITO: “A violência só acontece nas famílias problemáticas.”

REALIDADE: As famílias afetadas pela violência aparentam ser “funcionais.” Não há pesquisas comprovando que elas difiram de outros tipos de famílias.



MITO: “Os agressores não sabem controlar suas emoções.”

REALIDADE: Ora, se assim fosse, os agressores agrediriam também chefes, colegas de trabalho e outros familiares, e não apenas a esposa ou os filhos.

MITO: “Se a situação fosse tão grave, as vítimas abandonariam logo os agressores.”

REALIDADE: Grande parte dos assassinatos de mulheres ocorre na fase em que elas estão tentando se separar dos agressores. Algumas também desenvolvem a síndrome do estresse pós-traumático, que as torna incapazes de reagir e escapar.

MITO: “É fácil identificar o tipo de mulher que apanha.”

REALIDADE: Em algum período de sua vida, qualquer mulher pode ser vítima deste tipo de violência.

MITO: “A violência doméstica vem de problemas com o álcool, drogas ou doenças mentais.”

REALIDADE: Muitos homens agredem suas mulheres sem que apresentem qualquer um destes fatores.

MITO: “Para acabar com a violência, basta proteger as vítimas e punir os agressores.”

REALIDADE: É necessário um processo educativo voltado à infância, para que as relações entre homens e mulheres sejam construídas, desde muito cedo, sem componentes de agressão para obtenção e manutenção do poder. É necessário também proteger as mulheres vitimizadas e promover, aos agressores, uma oportunidade de reflexão e mudança.



MITO: A maioria dos casos de violência contra idosos acontece em instituições de longa permanência para idosos.

REALIDADE: Não. A maior parte dos casos acontece em casa, e é provocada por familiares e pessoas próximas.

MITO: É fácil perceber quando um idoso está sendo abusado fisicamente

REALIDADE: Até mesmo o abuso físico pode ser invisível, já que alguém pode chacoalhar o braço do idoso sem deixar marcas. Outro problema: roxos na pele ou outras marcas podem ser confundidos com problemas da idade, já que a pele é sensível, ou mesmo serem atribuídas a quedas. Outra situação complicada: um idoso pode estar sofrendo maus tratos e não sendo alimentado, e os médicos e familiares podem atribuir a perda de peso a doenças crônicas.

MITO: Se o idoso nega o abuso, então é porque nada está acontecendo

REALIDADE: Muitos idosos vítimas de violência simplesmente não contam para ninguém o que está acontecendo. Os motivos são muitos: medo de expor o familiar que pratica a violência, têm vergonha e se sentem culpados.

MITO: Cuidadores só são violentos quando estão muito estressados

REALIDADE: O estresse dos cuidadores é real, mas atribuir a violência a essa causa diminui a culpa do abusador. Cuidar de um idoso, em especial com doenças como Alzheimer ou outras



demências, é difícil e estressante, mas isso não isenta de culpa (nem justifica) o cuidador que perde a cabeça e é violento.

Muitos dos que convivem diariamente com a violência assumem-na como uma parte intrínseca da condição humana. Não tem de ser assim. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença”. Nelson Mandela



REFLEXÃO

A utilização de protocolos específicos para a detecção da violência e o cuidado ao usuário vítima, pode auxiliar o cotidiano dos profissionais de saúde.

O ensino da enfermagem forense na graduação e na pós-graduação são mecanismos indispensáveis para dar subsídio teórico e prático ao enfermeiro.

A Violência tem sido objeto de vários estudos, porém na prática ainda temos falta de preparo de muitas unidades de saúde como a falta de preparo dos profissionais para assistir a vítima de violência, portando a ABEFORENSE partindo deste princípio vem por meio desta cartilha auxiliar no despertar do olhar do profissional de enfermagem para esse problema. Partindo do compromisso com sua Visão:

A Enfermagem Forense é mais uma vertente que a sociedade possui na luta contra a violência. A Associação Brasileira de Enfermagem Forense – Abeforense é uma entidade reconhecida legal e nacionalmente, de maneira que enseja qualidade e habilidade no agir para com as vítimas de violência e ou agressores. Os projetos, ações e estudos implementados pela Abeforense permeiam grande parte e diretrizes da sociedade, objetivando ser de modo ético e respeitoso, uma ponte entre a vítima de agressão e a justiça.



REFERÊNCIAS

KRUG, E. G. et al. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres Observatório Brasil da Igualdade de Gênero 2011

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres Balanço Uma Década de Conquista, Central de Atendimento a Mulher Disque 180. 2015

BRASIL. Entidade das Nações Unidas para Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres. Modelo de protocolo latino-americano para investigação de mortes violentas de mulheres (femicídios/feminicídios). 2014

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, 2014

BRASIL. Cartilha da mídia: violência doméstica contra crianças e adolescentes. Centro de Combate à Violência Infantil, UNICEF, 2004.

BRASILIA. Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. Manual Para Atendimento Às Vítimas De Violência Na Rede De Saúde Pública Do DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.



Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DAHLBERG, Linda.; Etienne, Krug. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L], v. 11, p. 1163-1178, mar. 2007.

FERRAZ, M. I. R. et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 755-759, out./nov. 2009.

FERREIRA, L. C. et al. A enfermagem e a violência intrafamiliar. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 339-342, out./dez. 2010.

Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>>.

Acesso em: 04 set. 2017.

KRUG, E. G. et al. (Org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LOPES, Jéssica De Souza. Humanização do acolhimento à mulher vítima de violência doméstica: revisão sistemática a partir da promulgação da lei maria da penha. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*, Paraíba, v. 5, n. 5, p. 282-232, mar. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Saúde *Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência sexual*. Curitiba 2015

MARGARIDO, Ayrton; PRÓSPERO, Elisete Navas Sanches; GRILLO, Luciane Peter. *Violência doméstica contra crianças e*



adolescentes: Formação e conhecimento dos médicos. *Psicologia argumento dossiê*, Curitiba, v. 31, n. 74, p. 405-414, jul./set. 2016.

MINAYO Maria Cecília Souza *et al* Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa *Revista: Ciência & Saúde Coletiva* 2010.

PSICONLINE. Violência sexual infantil: mitos, verdades e ações. Disponível em: <<http://psico.online/blog/violencia-sexual-infantil-mitos-verdades/>>. Acesso em: 14 set. 2017.

SALES, D. S. et al. A Violência Contra O Idoso Na Visão Do Agente Comunitário De Saúde. *Estudo interdisciplinar do envelhecimento*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 63-77, jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. 6 mitos sobre o abuso contra idosos. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/pub/6-mitos-sobre-o-abuso-contra-idosos/>>. Acesso em: 14 set. 2017.

SOS AÇÃO MULHER E FAMÍLIA. Mitos e realidades. Disponível em: <<http://www.sosmulherfamilia.org.br/mitos-e-realidades>>. Acesso em: 14 set. 2017.

TAPIA, Carmen Elisa Villalobos; ANTONIASSI, Larissa Jennifer; AQUINO, Jéssica Pereira de. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes. *Revista Saúde em Foco*, Teresina, v. 1, n. 1, p. 93-102, jan./jul. 2014.



VALERA, I. M. A. et al. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. Revista Brasileira Pesquisa em Saúde, Vitória, v. 3, n. 17, p. 103-111, jul./set. 2015.

WALKER, Lenore . The battered woman. New York: Harper & Row, 1980.



**“NUNCA DUVIDE QUE UM
PEQUENO GRUPO DE PESSOAS
CONSCIENTES E ENGAJADAS
POSSA MUDAR O MUNDO; DE
FATO, SEMPRE FOI SOMENTE
ASSIM QUE O MUNDO MUDOU.”**

FRITJOF CAPRA





Associação Brasileira de Enfermagem Forense
ABEFORENSE

www.abeforense.org.br

Copyright © 2017 – Associação Brasileira de Enfermagem Forense – ABEFORENSE