

**SEVEN**

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS  
2024

# PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE EM CASOS DE VÍTIMAS, AGRESSORES(AS) E FAMILIARES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Jhuliano Silva Ramos de Souza  
Zélia Marilda Rodrigues Resck  
Sueli de Carvalho Vilela

**SEVEN**

PUBLICAÇÕES ACADÊMICAS  
2024

# PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE EM CASOS DE VÍTIMAS, AGRESSORES(AS) E FAMILIARES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Jhuliano Silva Ramos de Souza  
Zélia Marilda Rodrigues Resck  
Sueli de Carvalho Vilela

**EDITORA CHEFE**

Prof<sup>o</sup> Me. Isabele de Souza Carvalho

**EDITOR EXECUTIVO**

Nathan Albano Valente

**AUTORES DO LIVRO**

Jhuliano Silva Ramos de Souza

Zélia Marilda Rodrigues Resck

Sueli de Carvalho Vilela

2024 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2024 Os Autores

Copyright da Edição © 2024 Seven Editora

**PRODUÇÃO EDITORIAL**

Seven Publicações Ltda

**EDIÇÃO DE ARTE**

Alan Ferreira de Moraes

**EDIÇÃO DE TEXTO**

Natan Bones Petitemberte

**BIBLIOTECÁRIA**

Bruna Heller

**IMAGENS DE CAPA**

AdobeStok

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

## CORPO EDITORIAL

### EDITORA-CHEFE

Profº Me. Isabele de Souza Carvalho

### CORPO EDITORIAL

Pedro Henrique Ferreira Marçal - Vale do Rio Doce University  
Adriana Barni Truccolo - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul  
Marcos Garcia Costa Morais - Universidade Estadual da Paraíba  
Mônica Maria de Almeida Brainer - Instituto Federal de Goiás Campus Ceres  
Caio Vinicius Efigenio Formiga - Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Egas José Armando - Universidade Eduardo Mondlane de Moçambique  
Ariane Fernandes da Conceição - Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Wanderson Santos de Farias - Universidade de Desenvolvimento Sustentável  
Maria Gorete Valus - Universidade de Campinas  
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília  
Janyel Trevisol - Universidade Federal de Santa Maria  
Irlane Maia de Oliveira - Universidade Federal de Mato Grosso  
Paulo Roberto Duailibe Monteiro - Universidade Federal Fluminense  
Luiz Gonzaga Lapa Junior - Universidade de Brasília  
Yuni Saputri M.A - Universidade de Nalanda, Índia  
Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí, CEAD  
Anderson Nunes Da Silva - Universidade Federal do Norte do Tocantins  
Adriana Barretta Almeida - Universidade Federal do Paraná  
Jorge Luís Pereira Cavalcante - Fundação Universitária Iberoamericana  
Jorge Fernando Silva de Menezes - Universidade de Aveiro  
Antonio da Costa Cardoso Neto - Universidade de Flores Buenos Aires  
Antônio Alves de Fontes-Júnior - Universidade Cruzeiro do Sul  
Alessandre Gomes de Lima - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
Moacir Silva de Castro - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Marcelo Silva de Carvalho- Universidade Federal de Alfnas  
Charles Henrique Andrade de Oliveira - Universidade de Pernambuco  
Telma Regina Stroparo - Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Valéria Raquel Alcantara Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz  
Kleber Farinazo Borges - Universidade de Brasília  
Rafael Braga Esteves - Universidade de São Paulo  
Inaldo Kley do Nascimento Moraes - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Mara Lucia da Silva Ribeiro - Universidade Federal de São Paulo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

S729p

Souza, Jhuliano Silva Ramos de.

Processo de cuidar em Enfermagem Forense em casos de vítimas, agressores(as) e familiares em situações de violência [recurso eletrônico] / Jhuliano Silva Ramos de Souza, Zélia Marilda Rodrigues Resck, Sueli de Carvalho Vilela. – São José dos Pinhais, PR: Seven Editora, 2024.

Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6109-113-8

1. Enfermagem. 2. Forense. 3. Violência. 4. Agressão. 5. Hostilidade. I. Resck, Zélia Marilda Rodrigues. II. Vilela, Sueli de Carvalho. III. Título.

CDU 63

**Índices para catálogo sistemático:**

1. CDU: Agricultura 63

**Bruna Heller** - Bibliotecária - CRB10/2348

**DOI:** 10.56238/livrosindi202477-001

**Seven Publicações Ltda**  
CNPJ: 43.789.355/0001-14  
editora@sevenevents.com.br  
São José dos Pinhais/PR

## **DECLARAÇÃO DO(A) AUTOR(A)**

O(a) autor(a) deste trabalho DECLARA, para os seguintes fins, que:

Não possui nenhum interesse comercial que gere conflito de interesse em relação ao conteúdo publicado;

Declara ter participado ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente nas seguintes condições: "a) Desenho do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação dos dados; b) Elaboração do artigo ou revisão para tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão";

Certifica que o texto publicado está completamente livre de dados e/ou resultados fraudulentos e defeitos de autoria;

Confirma a citação correta e referência de todos os dados e interpretações de dados de outras pesquisas;

Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para realizar a pesquisa;

Autoriza a edição do trabalho, incluindo registros de catálogo, ISBN, DOI e outros indexadores, design visual e criação de capa, layout interno, bem como seu lançamento e divulgação de acordo com os critérios da Seven Eventos Acadêmicos e Editora.

## **DECLARAÇÃO DA EDITORA**

A Seven Publicações DECLARA, para fins de direitos, deveres e quaisquer significados metodológicos ou legais, que:

Esta publicação constitui apenas uma transferência temporária de direitos autorais, constituindo um direito à publicação e reprodução dos materiais. A Editora não é co-responsável pela criação dos manuscritos publicados, nos termos estabelecidos na Lei de Direitos Autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; O(s) autor(es) é(são) exclusivamente responsável(eis) por verificar tais questões de direitos autorais e outros, isentando a Editora de quaisquer danos civis, administrativos e criminais que possam surgir.

Autoriza a **DIVULGAÇÃO DO TRABALHO** pelo(s) autor(es) em palestras, cursos, eventos, shows, mídia e televisão, desde que haja o devido reconhecimento da autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial, com a apresentação dos devidos **CRÉDITOS** à **SEVEN PUBLICAÇÕES**, sendo o(s) autor(es) e editora(es) responsáveis pela omissão/exclusão dessas informações;

Todos os e-books são de acesso aberto, portanto, não os venda em seu site, sites parceiros, plataformas de comércio eletrônico ou qualquer outro meio virtual ou físico. Portanto, está isento de transferências de direitos autorais para autores, uma vez que o formato não gera outros direitos além dos fins didáticos e publicitários da obra, que pode ser consultada a qualquer momento.

Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições públicas de ensino superior, conforme recomendado pela CAPES para obtenção do Qualis livro;

A Seven Eventos Acadêmicos não atribui, vende ou autoriza o uso dos nomes e e-mails dos autores, bem como de quaisquer outros dados deles, para qualquer finalidade que não seja a divulgação desta obra, de acordo com o Marco Civil da Internet, a Lei Geral de Proteção de Dados e a Constituição da República Federativa.

## AUTORES DO E-BOOK



### **Jhuliano Silva Ramos de Souza**

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem e discente do curso de Doutorado em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (PPGENF-UNIFAL-MG).



### **Zélia Marilda Rodrigues Resck**

Enfermeira, Mestra em Educação pela Universidade José do Rosário Vellano, Doutora em Enfermagem e Pós-Doutora, pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professora Associada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (EEUNIFAL-MG) e membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela mesma instituição.



### **Sueli de Carvalho Vilela**

Enfermeira, Mestra em Enfermagem Psiquiátrica e Doutora em Ciências, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professora Associada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (EEUNIFAL-MG) e membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela mesma instituição. Docente na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica na EEUNIFAL-MG.

## APRESENTAÇÃO

Neste livro, o leitor encontrará uma análise aprofundada sobre o Processo de Enfermagem Forense, uma prática essencial em casos de violência que visa oferecer cuidados especializados e humanizados a vítimas, agressores(as) e familiares de todas as idades. A obra aborda as três áreas fundamentais do processo: a entrevista investigativa, que engloba anamnese e exames físico, mental, laboratorial e radiodiagnóstico; a coleta de vestígios forenses, com procedimentos legais e provas materiais; e a intervenção, incluindo registros, laudos e relatórios.

Ao longo do texto, são explorados os cuidados necessários para garantir a preservação de evidências forenses delicadas, evitando falhas que comprometem o atendimento e a justiça, especialmente em contextos onde os profissionais de saúde não possuem capacitação específica. Com uma abordagem técnica e ética, o livro destaca como as práticas forenses podem transformar o atendimento em serviços de saúde, assegurando que os enfermeiros forenses estejam preparados para documentar ferimentos, preservar vestígios, e oferecer um atendimento completo e humanizado em situações de violência.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| RESUMO.....  | 9  |
| 1 INTRODUÇÃO.....  | 10 |
| 2 PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....                           | 11 |
| 2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....   | 11 |
| 2.1.1 A consulta investigativa e ampliada.....   | 12 |
| 2.1.2 Anamnese semiestruturada ou aberta com o foco central voltado.....                         | 13 |
| 2.1.3 Consulta de enfermagem em casos de autoextermínio.....                                     | 16 |
| 2.1.4 Exames.....  | 17 |
| 2.1.5 Assistência a vítima de violência.....   | 26 |
| 2.1.6 Revitimização.....   | 31 |
| 2.1.7 Registros em prontuários, notificações e laudos.....                                       | 32 |
| 2.1.8 Laudos e aspectos legais.....  | 35 |
| 2.1.9 Interconsulta.....   | 37 |
| 2.1.10 Assistência de Enfermagem no caso de negligência e maus tratos.....                       | 38 |
| 2.1.11 Encaminhamentos.....  | 41 |
| 3 PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE AOS AGRESSORES (AS) EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....    | 43 |
| 3.1 IDENTIFICANDO O(A) AGRESSOR(A) EM RELAÇÃO AS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....                     | 44 |
| 3.1.1 Aspectos Culturais.....  | 44 |
| 3.1.2 Traços de Personalidade.....   | 46 |
| 3.1.3 Situação socioeconômica e social.....  | 47 |
| 3.1.4 As características relacionadas aos agressores por tipos de violência, gênero e idade..... | 48 |
| 3.1.5 Abordagem e atitude do Enfermeiro para com o(a) agressor(a).....                           | 52 |
| 3.1.6 Consulta de Enfermagem ao/a agressores(a) de violência.....                                | 53 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4 PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE AOS FAMILIARES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....</b> | <b>59</b> |
| 4.1 ANGÚSTIA EMOCIONAL.....   | 65        |
| <b>4.1.1 Trauma secundário.....</b>   | <b>65</b> |
| <b>4.1.2 Culpa e Autorresponsabilização.....</b>  | <b>65</b> |
| <b>4.1.3 Isolamento Social.....</b>   | <b>65</b> |
| <b>4.1.4 Estresse crônico.....</b>  | <b>65</b> |
| <b>4.1.5 Baixa autoestima.....</b>  | <b>65</b> |
| <b>4.1.6 Desafios nos relacionamentos.....</b>  | <b>65</b> |
| 4.2 PAPEL DA ENFERMAGEM FORENSE AOS FAMILIARES DE PESSOAS QUE SOFREM VIOLÊNCIA.....             | 66        |
| <b>4.2.1 Avaliação e Triagem.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>4.2.2 Educação e orientação.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>4.2.3 Apoio emocional.....</b>   | <b>66</b> |
| <b>4.2.4 Encaminhamento para serviços especializados.....</b>                                   | <b>67</b> |
| <b>4.2.5 Coleta de evidências.....</b>  | <b>67</b> |
| <b>4.2.6 Apoio à segurança.....</b>   | <b>67</b> |
| <b>4.2.7 Advocacia.....</b>   | <b>67</b> |
| <b>ATIVIDADES ASSÍNCRONAS.....</b>  | <b>68</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>70</b> |

O Processo de Enfermagem Forense é direcionado a vítimas, agressores(as) e familiares em contextos de violência, abrangendo diversos grupos etários, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos. Este processo é estruturado em três principais áreas: primeiro, a entrevista investigativa, que envolve a anamnese e a realização de diferentes tipos de exames – físico, mental, laboratorial e radiodiagnóstico; em segundo lugar, a coleta de vestígios forenses, que inclui procedimentos legais e diversos tipos de provas forenses; e, finalmente, a intervenção, que consiste na elaboração de registros, laudos e relatórios. O objetivo central é proporcionar cuidados de Enfermagem Forense em situações de violência, garantindo assistência integral a todos os indivíduos envolvidos. Para atingir esse objetivo, o profissional de enfermagem deve aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, habilidades práticas e valores éticos, especialmente no âmbito dos serviços de atenção básica.

**Palavras-chave:** Processo de enfermagem, Enfermagem forense, Violência, Vítimas, agressores(as), Familiares.

Neste livro será apresentado o Processo de Enfermagem Forense em casos de violência de vítimas, agressores e familiares. Serão abordados os cuidados realizados por meio da anamnese completa, exame físico, exame mental, exame laboratorial, exame radiodiagnóstico, coleta de vestígios forenses (procedimentos legais, provas forenses (tipos/procedimentos), laudos, relatórios, encaminhamento e interconsulta.

A Enfermagem Forense baseia-se na avaliação, intervenção e documentação de ferimentos e lesões como cuidados avançados em situações de violência. Este profissional pode preservar evidências delicadas de roupas ou feridas que podem ser perdidas ou contaminadas durante o atendimento ao paciente. Um Enfermeiro Forense treinado também pode identificar e distinguir ferimentos à bala de ferimentos de saída, distinguir lacerações e determinar quando os ferimentos são autoinfligidos. Eles também podem avaliar a história relevante das vítimas de estrangulamento e documentar quaisquer achados físicos, dentre outros (Amark; Sekula, 2015).

No entanto, quando ocorre as perdas das evidências forenses que levam as diversas falhas de assistência, desde a contaminação da prova, a não preservação e acondicionamento e análise do material coletado, são os reais problemas vindos nos serviços de saúde, principalmente pelos profissionais que não são capacitados para realizar tão função (Lima *et al.*, 2019).

A função da Enfermagem Forense no Processo de Enfermagem é dinâmica de ações sistemáticas e interligadas voltadas para o atendimento humanizado, sendo caracterizadas pelas inter-relações e dinamismo de suas fases. Dessa forma, práticas forenses podem contribuir para melhorar o atendimento às vítimas, perpetradores e familiares nas situações diversas de violência (Lima *et al.*, 2019).

Em casos de vítimas, independente de qual ciclo de vida esteja, o Enfermeiro Forense irá juntamente com a equipe interdisciplinar:

- a) Proceder a consulta de Enfermagem;
- b) Coleta de vestígios;
- c) Prestar assistência segundo a demanda;
- d) Realizar encaminhamentos pertinentes;
- e) Proceder registros detalhados e complexos assim como notificações necessárias.

Caso a instituição em que se trabalha, for padronizado o Processo de Enfermagem, o Enfermeiro deve adequar esses itens conforme o padronizado. No entanto, sugere-se a leitura de um Manual intitulado: “*Enfermagem Forense: o Enfermeiro no atendimento as mulheres vítimas de violência sexual*” na página 34 a 39 (Silva *et al.*, 2021) que pode ser encontrado no *link* abaixo:



<https://downloads.editoracientifica.com.br/books/978-65-89826-29-3.pdf>

Optou-se por apresentar os cuidados de Enfermagem por parte das ações específicas pois acredita-se que elas englobam todo ciclo vital. Considerando claro, abordagem específica para cada etapa. Por exemplo, a consulta com criança deve ter abordagem direcionada ao entendimento da idade.

### 2.1 CONSULTA DE ENFERMAGEM A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.

Os Enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) abordam casos suspeitos ou confirmados de violência por meio da autopercepção apoiada na consulta de Enfermagem, sendo este um importante instrumento para a identificação de situações de violência no acolhimento e atendimento às vítimas de violência (Marcolino *et al.*, 2022; Marques *et al.*, 2021).

Como é preconizado na enfermagem, a abordagem do enfermeiro deve estar em consonância com as atitudes de acolhimento acolhedor e aquelas facilitadoras da relação interpessoal fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), como a empatia, a consideração positiva incondicional e a congruência.

Isso porque entende-se como necessário estabelecer com a vítima uma relação de confiança, livre de julgamentos para que o cuidado seja integral e humanitário.

Falar de consulta de enfermagem, é redundante. Assim, não iremos ater a etapas da consulta como também não prender os conteúdos gerais de uma consulta, mas iremos ater as especificidades da consulta investigativa.

Imagine que você esteja realizando uma consulta de enfermagem em uma pessoa e durante a conversa você percebe que pode haver uma situação de violência. Outra possibilidade é você estar realizando um procedimento em uma pessoa, pode ser um Papanicolau, uma aplicação de medicação, um curativo etc. e durante o procedimento você suspeita de que a pessoa está sendo vítima de violência. Assim, a partir do momento em que você suspeita da violência a sua consulta torna-se o que chamamos de consulta investigativa.

### **2.1.1 A consulta investigativa e ampliada.**

A consulta investigativa tem como norte a investigação de sua suspeita, a identificação do tipo de violência, a comprovação da violência que dará norte a sua assistência. Para isso, uma atitude imprescindível que o Enfermeiro deverá ter é a escuta reflexiva como estratégia essencial para identificar, compreender e direcionar situações que requerem instrumentos subjetivos para tal ação, como as situações de violência por meio dos cuidados de Enfermagem.

A escuta reflexiva consiste em prestar atenção no que o cliente está falando, raciocinar no conteúdo de sua fala, escutar também aquilo que não é falado explicitamente, mas é dito pela comunicação não verbal, postura, tonalidade de voz, movimentos corporais, inflexão de voz e outras.

Vamos atentar a diferença entre ouvir e escutar. Ouvir é o processo natural do ser humano, chamado também de audição não necessariamente prestando atenção no que é dito. Agora, escutar significa prestar atenção no que está sendo falado e não falado. Por isso, escutar se torna mais importante que ouvir. Quando estiver conversando com alguém, procure escutar e não somente ouvir a outra pessoa, dessa forma trabalhamos a empatia e damos a atenção necessária a pessoa.

Você pode encontrar esta técnica com diferentes nomes por exemplo escuta terapêutica, escuta ativa, escuta clínica etc. É um campo comum entre a psicologia e a enfermagem quando se estuda a saúde mental.

Outra abordagem comum e imprescindível na Enfermagem Forense, mas que também o é na Enfermagem clínica é o acolhimento. Aqui não estamos falando de acolhimento-triagem. Aqui se fala do acolhimento que se constitui em uma estratégia de oferecer escuta e apoio para quaisquer situações em que haja um sofrimento humano e uma busca por mudanças.

O acolhimento implica mais numa atitude do Enfermeiro em acolher a pessoa sob seu cuidado que se expressa numa crença e respeito ao valor do outro, a sua experiência vivida, a sua dor. Esta atitude se manifestará juntamente com a atitude empática e com a consideração positiva

incondicional, atitudes frisadas por Carl Rogers na Abordagem Centrada na Pessoa (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016).

O profissional deve tratar o paciente com respeito, mantendo o sigilo das informações e zelando pela privacidade durante a consulta (Souza *et al.*, 2022; (ABEFORENSE, 2017; BRASIL, 2009). Ao se depararem com a violência no cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais de Enfermagem devem buscar novos olhares, formas de agir para atender às necessidades inerentes a cada indivíduo em situação de violência, e escutar com competência para capacitá-los a agir com autonomia e segurança na resposta à violência (Silvino *et al.*, 2016). Durante o acolhimento e encaminhamento aos serviços médicos, deverá ser explicado aos pacientes todos os procedimentos que serão realizados para que não sejam vistos de forma que os considerem uma agressão e/ou assédio. Se a vítima consentir, poderá autorizar a presença do acompanhante durante a assistência oferecida (BRASIL, 2012; 2009).

Acolher também significa garantir a privacidade necessária durante os atendimentos, manter o sigilo das informações e ouvir atentamente o relato para que o risco de morte ou/a probabilidade de reexposição possam ser evitadas (BRASIL, 2015; 2012; 2013; 2009).

Silva *et al.* (2021), enfatizam a relevância de instruir adequadamente a vítima de violência sobre como será realizado todos os procedimentos, ouvindo seus desejos e informar que poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. É responsabilidade do Enfermeiro garantir que o consultório esteja devidamente equipado e que sejam incluídos registros médicos detalhados para receber insumos essenciais para fins de direcionamento de exame, tratamento, identificação e preservação dos vestígios, usando mapas topográficos do corpo para auxiliar o profissional de Enfermagem na sua avaliação clínica.

Fundamentados nessas atitudes e atendendo a esses princípios básicos que devem permanecer durante toda a consulta de Enfermagem, o Enfermeiro Forense irá buscar por evidências de sinais característicos de violência por meio da anamnese e dos exames clínicos.

### **2.1.2 Anamnese semiestruturada ou aberta com o foco central voltado.**

A anamnese constitui-se no histórico de todos os sintomas narrados pelo paciente sobre determinado caso clínico e pode ser considerada uma lembrança incompleta ou a reminiscência de uma recordação. Nesse sentido, é o que chamamos de entrevista clínica (Porto, 2017).

A entrevista clínica no contexto da Enfermagem Forense é investigativa, devendo ser semiestruturada com foco voltado para as evidências apresentadas pela vítima, ou seja, sinais de violência, comunicação não verbal, história atual e pregressa da situação de vítima.

Para isso, a literatura nos evidencia alguns indicadores que devem ser pesquisados durante a entrevista clínica ou anamnese. Estes estão apontados a seguir.

| <b>1. Indicadores de Violência contra Criança e Adolescente</b>  |  |  |
|--|--|--|
| <b>INDICADORES</b>   | <b>COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE</b>   | <b>CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA</b>  |
| <b>VIOLÊNCIA FÍSICA</b>  |  |  |
| 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 auto-estima; 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. |
| <b>VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA</b>   |  |  |
| Problemas de saúde, como obesidade, afecção da pele, distúrbios do sono e dificuldades na fala; comportamentos infantis; enurese noturna.                      | Comportamentos extremos de timidez ou agressividade, destrutividade e autodestrutividade; problemas do sono; isolamento; baixo conceito de si próprio; abatimento profundo; tristeza; idéia e tentativa de suicídio; insegurança.  | Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; desqualifica; exige em demasia; corrompe; isola; descreve a criança como má, diferente das demais.  |

Fonte: Brasil (2019)

**Link para acesso:**

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_saude\\_publica\\_DF.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf)

| <b>VIOLÊNCIA SEXUAL</b>   |   |  |
|---|---|--|
| 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; regressão a estado de desenvolvimento anterior; brincadeiras sexuais agressivas; comportamento promíscuo; vergonha excessiva e alegações de abusos; idéias e tentativa de suicídio; autoflagelação. | Oculta 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. |

## NEGLIGÊNCIA

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 auto-estima e severo desleixo com higiene; é despreocupada em resolver as necessidades de atenção da criança.

## Indicadores de Violência contra Mulher

- Transtornos crônicos, vagos e repetitivos.
- Entrada tardia no pré-natal.
- Companheiro muito controlador; reage quando separado da mulher.
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária).
- Dor pélvica crônica.
- Síndrome do intestino irritável.
- Transtornos na sexualidade.
- Complicações em gestações anteriores, abortos de repetição.
- Depressão.
- Ansiedade.
- Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa.
- Dor que não tem nome ou lugar.
- História de tentativa de suicídio.
- Lesões físicas que não se explicam de forma adequada.
- Fibromialgia.

Fonte: Brasil (2019)

### Link para acesso:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atendimento\\_vitimas\\_violencia\\_saude\\_publica\\_DF.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf)

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

Fonte: ABEFORENSE (2017).

**Link para acesso**

<http://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Cartilha-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-da-Enfermagem-Forense-ABEFORENSE.pdf>

Estes indicadores nos servem como itens que devemos investigar durante a anamnese. E juntamente com os próximos passos, são os exames.

### 2.1.3 Consulta de enfermagem em casos de autoextermínio.

É imprescindível que os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) sejam mais bem estruturados e capazes de promover a resiliência em relação a agravos como as tentativas de suicídio (ideia e plano suicida). Portanto, é necessário que o Enfermeiro da APS seja capaz de reconhecer precocemente os sinais e sintomas da pessoa e dar-lhes a atenção que merecem, considerando que um acolhimento adequado pode contribuir para garantir um tratamento direcionado e a qualidade do tratamento, bem como como a eficácia do tratamento (Silva *et al.*, 2017).

A abordagem de uma pessoa com risco de suicídio (ideia e plano suicida) pode ser resumida em cinco etapas iniciais, sendo elas (BVS, 2018; CFM, 2014):

- I. Saber ouvir o paciente e entender seus motivos subjacentes, pois as queixas somáticas muitas vezes levam o paciente ao atendimento primário;
- II. Escuta clínica e o bom julgamento clínico, pois todo paciente que fala em suicídio corre risco e merece investigação e atenção especial;
- III. Manejo clínico, sendo importante ressaltar que abordagem interpessoal pode ser tão ou mais importante que a medicação;
- IV. Transtornos psiquiátricos atuais devem ser identificados e tratados;
- V. Investigar se o paciente em questão se corre risco de suicídio.

Além disso, é importante que nessa abordagem o profissional faça perguntas diretivas que consigam identificar se aquela pessoa está com ideias suicidas ou planos suicidas, sendo essas (BVS, 2018; CFM, 2014):

1. *Você tem planos para o futuro?*
2. *Vale a pena viver?*
3. *Se a morte chegasse, seria bem-vinda?*
4. *Você pensa em se machucar/ morrer?*
5. *Você tem um plano específico para morrer/se matar/tirar a vida?*
6. *Você tentou suicídio recentemente?*

#### **2.1.4 Exames**

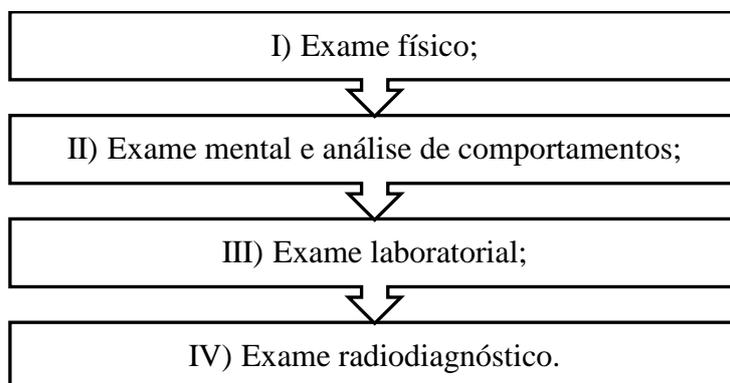
Os exames comumente realizados em situações de vítimas de violência são:

##### **2.1.4.1 Exame Físico**

Para realização do exame físico é necessário que o Enfermeiro o faça em um consultório privado, livre de interferência e equipado adequadamente. Corrobora com isso os apontamentos de Silva *et al.* (2021), quando enfatizam que é de responsabilidade do Enfermeiro garantir que o consultório esteja devidamente equipado e que sejam incluídos registros médicos detalhados para receber insumos essenciais para fins de direcionamento de exame, tratamento, identificação e preservação dos vestígios, usando mapas topográficos do corpo para auxiliar o profissional de Enfermagem na sua avaliação clínica.

Na realização do exame físico, é fundamental que seja detalhado e documentado nos prontuários. Deverá ser feito na presença do responsável, respeitando as normas éticas de atendimento, não só para investigar a situação atual, mas também para buscar indícios de violência

anterior e suas possíveis sequelas. Sendo necessário o esclarecimento de tudo que será realizado dentro da assistência prestada (SPSP; SBP, 2018; BRASIL, 2010).



Como dito, ele deve ser realizado em ambiente sigiloso e acolhedor, devendo ser respeitada a vontade do paciente, sendo informado que a qualquer momento pode recusar-se a continuar durante o atendimento (Silva *et al.*, 2021; BRASIL, 2013).

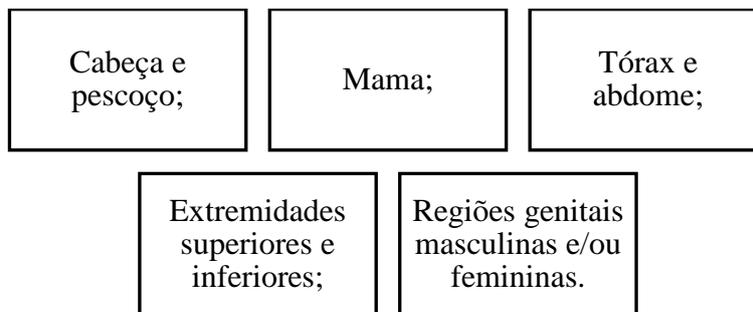
Quadro 1: Lesões corporais mais frequentemente observadas em casos de violência sexual

| REGIÃO   |                | POSSÍVEL LESÃO  |
|--|----------------|---|
| Craniana   | Couro cabeludo | Equimose, escoriação, edema traumático e ferida contusa   |
|  | Face           | Fratura (malar, mentoniana e nasal), marcas de mordida, escoriação, equimose facial e edema traumático                  |
|  | Olhos          | Equimose periorbitária (olho roxo) e da esclerótica (hemorragia em esclera) e edema traumático                          |
|  | Orelhas        | Equimose, escoriação e edema traumático   |
|  | Boca           | Equimose labial, equimose intraoral, escoriação, marca de mordida, fratura e trauma dentário                            |
| Cervical   | Externa        | Marca de mordida, equimose por sucção, equimose e escoriação  |
|  | Interna        | Trauma laríngeo, alteração na voz (rouquidão, disфонia) e dificuldade de deglutição                                     |
| Torácica e abdominal   |                | Equimose, equimose por sucção, escoriação, marca de mordida e corpos estranhos presentes na pele: terra, graveto, etc.  |
| Mamária  |                | Marcas de mordida ou sucção, equimose, escoriação e laceração nos mamilos   |
| Membros Superiores   |                | Equimose (especialmente nos antebraços e mãos); lesões de defesa, escoriação, edema traumático e fraturas               |
| Mãos   |                | Equimose, escoriação, edema traumático e fratura  |
| Membros Inferiores   |                | Equimose (especialmente nas faces mediais das coxas); lesões de defesa, escoriação, marca de mordida e edema traumático |
| Genital  |                | Equimose, escoriação, edema traumático e rotura himenal   |
| Anal   |                | Equimose, escoriação, edema traumático, laceração e dilatação   |
| *A existência dessas lesões não caracteriza por si a violência sexual, uma vez que podem ser resultantes da prática sexual consentida. |                |   |

Fonte: Brasil (2015).

No exame físico é um exame de domínio da Enfermagem, no entanto quando este voltar-se para investigação e confirmação de violência ele deve ser direcionado especificamente aos indícios de lesões recentes e antigas. O Enfermeiro deve investigar o tipo, localização, tamanho e número de lesões. Deve prestar atenção à cor do hematoma na superfície do corpo (Silva *et al.*, 2021).

Os profissionais devem identificar lesões em:

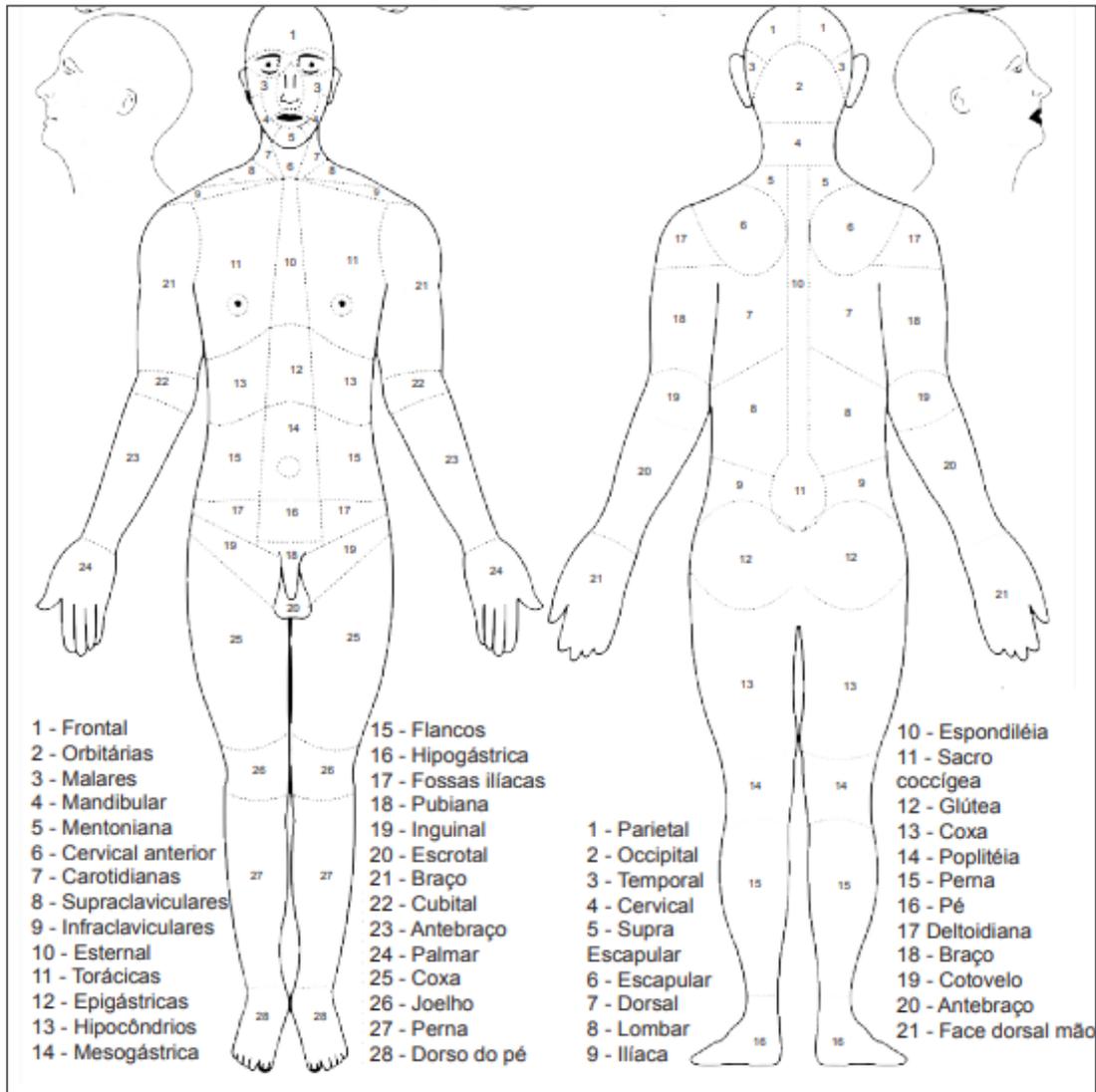


**Link para acesso:**

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf)

As lesões mais comuns e frequentes são escoriações, contusões, lesões padronizadas, lacerações, mordidas, marcas e queimaduras. Essas lesões devem ser cuidadosamente observadas, analisadas, medidas e registradas. Para documentar as lesões e documentá-las pode-se utilizar do mapa topográfico do corpo masculino e feminino como mostra na imagem a seguir (BRASIL, 2015; Barder; Gabriel, 2010).

### Mapa do corpo – Masculino

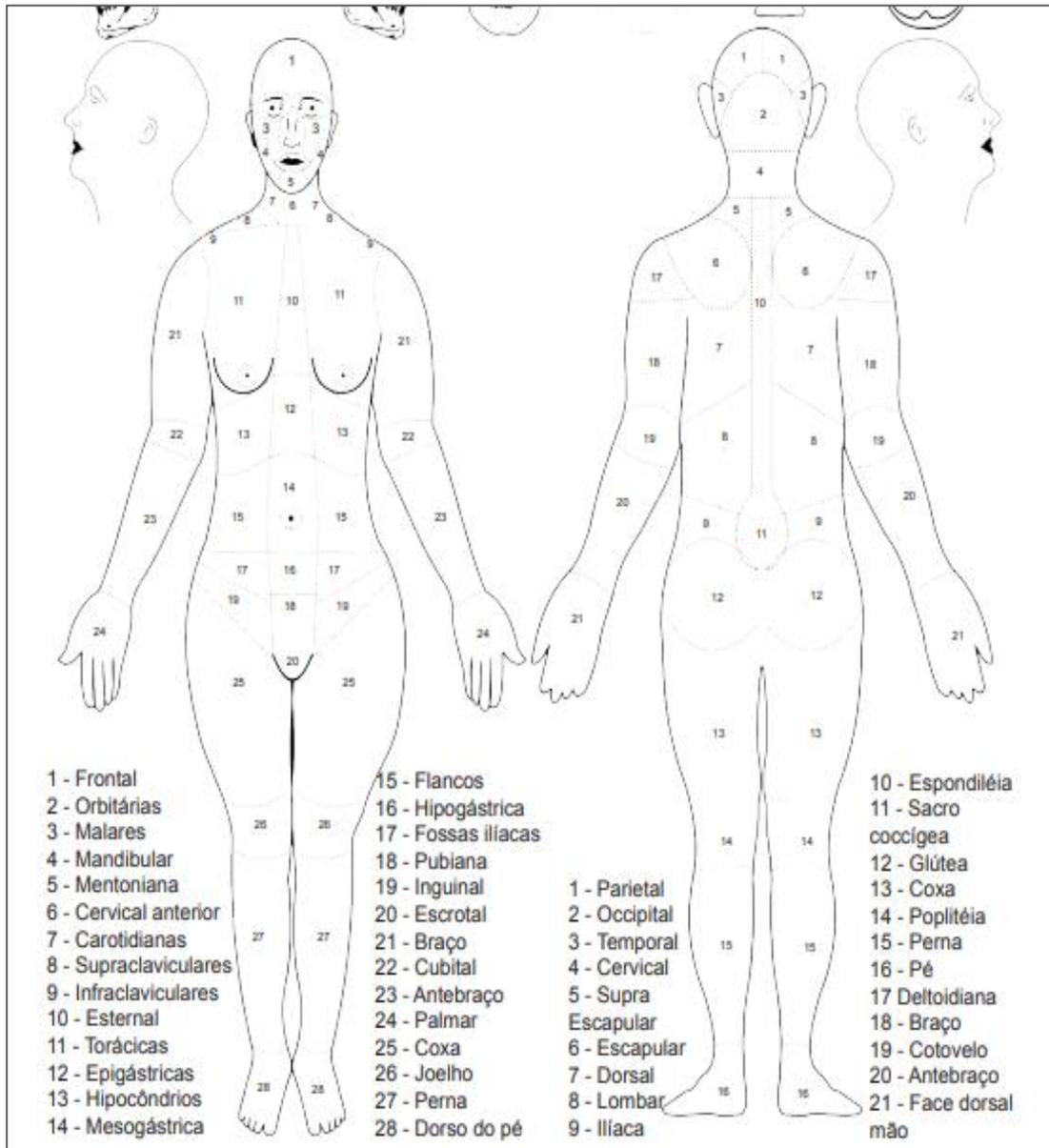


Fonte: Brasil (2015)

#### Link para acesso:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violenca\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violenca_sexual_norma_tecnica.pdf)

### Mapa do corpo – Feminino

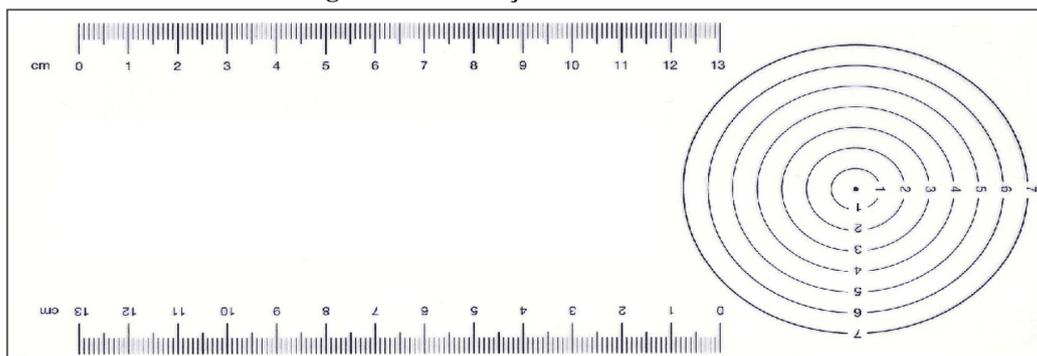


Fonte: Brasil (2015)

### Link para acesso:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf)

### Régua de mensuração de lesões cutâneas



Fonte: Docsity (2023)

**Link para acesso:**

<https://www.docsity.com/pt/regua-de-mensuracao-de-lesao-cutanea/4769085/>

No momento do exame físico se faz a coleta de vestígios, entretanto este item será descrito em capítulo à parte.

Além disso, na assistência a violência sexual o Enfermeiro deve-se atentar as infecções urinárias; dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais; lesões e sangramento; secreções vaginais ou penianas; infecções sexualmente transmissíveis; dificuldade de caminhar; baixo controle dos esfíncteres, enfermidades psicossomáticas, dentre outros (SPSP; SBP, 2018; BRASIL, 2013; 2009).

#### 2.1.4.2 Exame mental e análise de comportamentos.

O Enfermeiro que atua na Atenção Primária à Saúde (APS) pode identificar as vítimas em relação as consequências deixadas pela violência uma vez que podem gerar traumas marcantes a essas vítimas, como por exemplo, sintomas depressivos, isolamento, medo e incapacidade de tomar decisões, dentre outros (Souza *et al.*, 2021; Silva; Ribeiro, 2020).

Quanto ao exame psiquiátrico, ele é realizado por profissionais especializados podendo ser desde peritos nas áreas da sexologia forense/e ou na área da psiquiatria, nas criminais como da psicologia e/ou peritos forenses pertencentes ao departamento médico-legal (DML).

O exame mental, deve ser feito pelo enfermeiro no próprio serviço para que possa auxiliar no direcionamento e encaminhamentos específicos. As funções mentais podem se comprometer em relação a situação atual, que pode ser como consequência da violência ou como fator propiciador da ação violenta.

Pode ser que uma pessoa com retardo mental, não tenha consciência de ser vítima de abuso sexual por exemplo, já um idoso que sofre maus tratos pode ter a afetividade comprometida demonstrando sintomas depressivos. Nesse sentido, algumas funções mentais podem ser mais comprometidas como por exemplo: consciência, afetividade, memória, pensamento, juízo crítico, orientação dentre outras.

Os fatores e características de risco associados à violência podem ir desde (Delmoro *et al.*, 2022):

- Alterações cognitivas (autocrítica fragilizada e baixa autoestima),
- Sofrimento emocional (dor, medo, culpa, vergonha, fuga do luto, insegurança)
- Transtornos mentais (transtorno de estresse pós-traumático, depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de personalidade esquizoide, transtorno de personalidade borderline, transtorno de personalidade paranoide e pensamentos suicidas)

Nesse sentido, estes domínios devem ser avaliados no sentido de identificar alterações, sinais e sintomas e intensidade.

Além disso, os profissionais deverão observar mudanças de comportamento, incluindo agressividade, apatia, vergonha excessiva, comportamento promíscuo, hiperatividade, depressão, isolamento, medo, fuga de casa, problemas de aprendizagem e faltas frequentes à escola e/ou trabalho pois são alterações frequentes em vítimas de violência (SPSP; SBP, 2018; ABEFORENSE, 2017; BRASIL, 2010; 2009).

Observar a mudança comportamental, questionar sobre elas como datas/período de mudança, padrões comportamentais e afetivos devem ser investigados, registrados e encaminhados para os profissionais específicos de cuidado (BRASIL, 2010; 2009).

#### 2.1.4.3 Exames laboratoriais.

Os exames laboratoriais devem ser solicitados e/ou colhidos a depender do tipo de violência sofrido. Geralmente é mais comum para violência sexual e violência com suspeita de abuso de drogas.

Em situação de violência sexual, por exemplo, os exames laboratoriais comuns são (CURITIBA, 2015; BRASIL, 2013; 2012):

|   |
|---|
| <b>Conteúdo vaginal:</b>  |
| Exame bacterioscópico (Clamídia, Gonococo e Trichomonas).                               |
| Cultura para gonococo,  |
| PCR para Clamídia se possível descrever se tem presença de espermatozoides no material. |

|  |
|--|
| <b>Sangue:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Anti HIV;</li><li>• Hepatite B (HbsAG e anti Hbs);</li><li>• Hepatite C (anti HCV);</li><li>• Sífilis;</li><li>• Transaminases;</li><li>• Hemograma e</li><li>• b-HCG (para mulheres em idade fértil).</li></ul> |

Segue o esquema adaptado (Ministério da Saúde) pela secretaria municipal de Saúde de Curitiba.

| <b>EXAMES LABORATORIAIS:</b>  |  |   |                  |                |                |
|---|--|---|------------------|----------------|----------------|
|   | <b>ADMISSÃO</b>                                | <b>2 SEMANAS</b>  | <b>6 SEMANAS</b> | <b>3 MESES</b> | <b>6 MESES</b> |
| Conteúdo Vaginal  |  |   |                  |                |                |
| Sífilis   |  |   |                  |                |                |
| Anti-HIV  |  |   |                  |                |                |
| Hepatite B (HbsAg)  |  |   |                  |                |                |
| Hepatite C  |  |   |                  |                |                |
| Hemograma. Glicose, uréia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas direta e indireta | Se uso profilático de medicação antiretroviral | Se uso profilático de medicação antiretroviral                                  |                  |                |                |
| β-HCG   |  | Repetir<br>Obs: poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde. |                  |                |                |

Fonte: Curitiba (2015).

**Link para acesso:** <https://criminal.mppr.mp.br/arquivos/File/ProtocoloViolenciaSexualSESA.pdf>

#### 2.1.4.4 Radiodiagnóstico ou exames de imagem

Durante o atendimento, as vítimas de violência devem seguir um protocolo para realização de exames complementares seja para diagnosticar, confirmar um diagnóstico ou descartar agravos. Os exames radiodiagnósticos/ exames por imagem servem em casos de violência física quando há suspeita de lesões músculos esqueléticos, seja em tecidos moles ou duros.

Por exemplo, a “síndrome do bebê sacudido” se produz por uma sacudida violenta que detona lesões no cérebro. O movimento brusco que o cérebro frágil do bebê sofre pode causar inflamação, hematomas e sangramentos. Isso, por outro lado, deriva em traumatismos que chegam a ser mortais. Nesse caso, pode ser solicitado uma tomografia e/ou ressonância para detectar hematoma e sangramentos.

As lesões mais comuns em violência doméstica e em crianças são em tecidos moles, no entanto, os tecidos duros também podem ser acometidos. As áreas de maior incidência são face e crânio: fraturas mandibulares (72,9%), maxilares (13,9%), zigomática (13,5%), zigomático orbital (24,0%), cranial (2,1%), nasal (2,1%). Excetuando-se as ocorridas em mandíbula, fronte e crânio, as demais concentram-se no terço médio da face. Tórax e membros superiores são também incidentes na grande parte de estudos a respeito que implica em fraturas, luxações e entorses. Nesses casos citados o exame radiológico é necessário.

Os exames radiodiagnósticos mais comuns são: RX; Tomografia computadorizada e Ultrassonografias.

As ultrassonográficas são usadas quando há suspeitas de lesões em órgãos, como o:

|         |                  |           |                                |
|---------|------------------|-----------|--------------------------------|
| Fígado; | Vesícula biliar; | Pâncreas; | Baço;                          |
| Rins;   | Bexiga;          | Próstata; | Pelve feminina e entre outros. |

A tomografia computadorizada tem a finalidade de explorar através de imagens de alta resolução várias partes do corpo:

|           |          |          |                |
|-----------|----------|----------|----------------|
| Ossos;    | Cérebro; | Rins;    | Fígado;        |
| Pâncreas; | Pulmões; | Ovários; | Vias biliares. |

Assim, em casos de violência pode ser auxiliar na investigação de lesões cerebrais, pulmonares, fraturas, hemorragias e entre outros. Além disso, poderá ser realizado outros exames de TC como de tórax ou abdome, se suspeitar de complicação pelo trauma, para melhor visualização de sinais de pequenos hematomas e até mesmo sinais de hemorragia em alguns casos (Baptista; Pizzato, 2023; BRASIL, 2009)

O mais comum é o Radiografia (RX) usado para avaliar lesões no tecido esquelético quando há sinais de fraturas, luxações e entorses geralmente acompanhadas de dor ou limitação de movimento.

#### 2.1.4.5 Coleta de vestígios

Geralmente a coleta de vestígios em vítimas de violência refere-se geralmente a coleta de material biológico e é realizada durante o exame físico. A possibilidade de coleta de material biológico em quantidade suficiente reduz com o passar do tempo, devendo ser realizada preferencialmente dentro das 72h após a agressão, mas podendo ser realizada até 10 dias após a agressão (BRASIL, 2015).

Feita a coleta de informações por meio da consulta de enfermagem confirmada a violência e determinado o tipo de violência procede-se as assistências segundo as classificações de idade e especificidade da violência bem como os encaminhamentos.

Aqui pontuamos a consulta de enfermagem no contexto forense em especificar o tipo de serviço (quer seja atenção básica como nível hospitalar). Também é oportuno salientar que a enfermagem irá trabalhar juntamente com outros profissionais, pois dados colocados aqui são de alçada da medicina, como por exemplo solicitar exames de imagem e laboratorial. Nesses casos a enfermagem pode auxiliar nas orientações a vítimas e familiares do que será realizado, medidas necessárias, como se proceder bem como realizar ou auxiliar nesses procedimentos citados.

### **2.1.5 Assistência a vítima de violência**

A equipe de Enfermagem realiza um excelente trabalho no atendimento as pessoas vítimas de violência acompanhando-as, fazendo os encaminhamentos necessários e denunciando os casos. A assistência de Enfermagem é uma assistência biopsicossocial fundamentada na ética, humanização do cuidado, rapidez e cientificidade.

E importante ater que a modalidade de cuidado irá depender da idade da vítima, do tipo de violência e dos danos ocorridos.

#### **2.1.5.1 Violência Física e sexual**

A violência física cuidado físico visa auxiliar na recuperação da saúde, através de exames, curativos, administração de medicamentos, bem como no planejamento de suas intervenções com intuito de diminuir os danos causados pela violência.

A assistência de enfermagem na violência física deve voltar aos danos e evitar sequelas conforme as demandas de cada especificação, ou seja, curativos, imobilização, auxílio em encaminhamentos e exames pertinentes.

Quanto a violência sexual por exemplo a enfermagem auxiliará na prevenindo uma gravidez indesejada, prevenção e profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), AIDS, proceder encaminhamentos quando necessários e conforme os protocolos municipais, estaduais e nacionais.

No caso de violência sexual, o Ministério da saúde (MS) tem uma norma técnica que define Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012).

Os quadros ilustrativos foram recortados dessa norma técnica do MS:

Quadro 1. Anticoncepção de emergência (AE).

| MÉTODO           | DOSE                                     | VIA  | OBSERVAÇÃO                    |
|------------------|--|------|-------------------------------|
| LEVONORGESTREL   | 0,75 mg de levonorgestrel por comprimido | Oral | 2 comprimidos dose única      |
| Primeira Escolha | 1,5 mg de levonorgestrel por comprimido  | Oral | 1 comprimido dose única       |
| MÉTODO DE YUZPE  | AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e   | Oral | 2 comprimidos cada 12 horas - |
| Segunda Escolha  | 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido |      | total de 4 comprimidos        |
|                  | AHOC com 0,03 Mg de etinil-estradiol e   | Oral | 4 comprimidos cada 12 horas - |
|                  | 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido |      | total de 8 comprimidos        |

Fonte: Ministério da Saúde (2012)

Quadro 2. Profilaxia de Infecções sexualmente transmitidas <45kg.

| Medicação              | Apresentação                                    | Via de administração | Posologia  |
|------------------------|---|----------------------|--|
| Penicilina G benzatina | Frasco-amp. com 150.000UI, 300.000UI, 400.000UI | IM                   | 50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única |
| Ceftriaxona            | 250mg (acompanha diluente de 2ml)               | IM                   | Aplicar 125mg (1ml)                                    |
| Azitromicina           | 600mg/15ml ou 900mg/22,5ml                      | VO                   | 20mg/kg (dose máxima: 1g), dose única                  |

1. Caso opte pela prescrição com metronidazol, a dose recomendada para crianças é 15mg/kg/dia (dose máxima: 2g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias.  
 Fonte: (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68).

Fonte: Ministério da Saúde (2012)

Quadro 3. Imunoprofilaxia para Hepatite B.

|  |  |
|--|--|
| <b>VACINA ANTI-HEPATITE B</b>                |  |
| Aplicar IM em deltóide                       | 0, 1 e 6 meses após a violência sexual |
| Imunização ativa                             |  |
| <b>IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B</b> |  |
| 0,06 ml/Kg                                   |  |
| Aplicar IM em glúteo                         | dose única                             |
| Imunização passiva                           |  |

Fonte: Ministério da saúde (2012)

Quadro 4. Profilaxia para HIV pós-exposição sexual.

|                        |  |
|------------------------|--|
| Recomendada            | Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas   |
| Individualizar decisão | Penetração oral com ejaculação   |
| Não recomendada        | Penetração oral sem ejaculação<br>Uso de preservativo durante toda a agressão<br>Agressor sabidamente HIV negativo<br>Violência sofrida há mais de 72 horas<br>Abuso crônico pelo mesmo agressor |

Fonte: Ministério da saúde (2012)

Quadro 5. Profilaxia do HIV para crianças.

| Medicamento   | Apresentação  | Via de administração | Posologia  |
|---|---|----------------------|--|
| ZIDOVUDINA (ZDV)  | Solução oral 10mg/ml<br>Cápsula 100mg                                 | VO                   | 180mg/m <sup>2</sup> /dose, de 12/12h<br>Dose máxima: 300mg/dose   |
| LAMIVUDINA (3TC)  | Solução oral 10mg/ml<br>Comprimidos 150mg                             | VO                   | 4 mg/ kg – dose – 12/12h<br>Dose máxima:<br>150 mg – 12/12h<br>> 12 anos: 150 mg 12/12 h ou 300 mg em dose única diária  |
| LOPINAVIR/<br>RITONAVIR   | Solução oral 80mg/20mg/mL (LPV /r)<br>Comprimidos: 200mg/50mg (LPV/r) | VO                   | Crianças < 2 anos:<br>300 mg/m <sup>2</sup> – 12/12h<br>Crianças > 2anos:<br>230 mg/m <sup>2</sup> – 12/12h<br>Dose máxima: 200mg – 12/12h<br>Adolescentes: 400 mg-12/12 h |
| OBS: (1) Superfície corporal (m <sup>2</sup> ) = (Peso x 4) + 7 Peso + 90<br>(2) Peso em kg = 2 x idade + 8 |   |                      |  |

Fonte: Ministério da saúde (2012)

**Link para acesso**

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)

Em todas essas abordagens de profilaxia medicamentosa, a enfermagem não irá prescrever, mas sim, administrar e orientar quanto à eficácia, efeitos colaterais e adversos, cuidados e especificações necessárias.

No caso de gravidez decorrente de estupro, a mulher tem o direito de realizar o aborto respaldada pelo Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro (BRASIL, 2012).

A Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, estabelece os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde, os quais foram citados na Norma Técnica (BRASIL, 2012, p. 70 e 71) apontado a seguir:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é documento imprescindível para a realização do abortamento. Deve constar a declaração da mulher e/ou de seu representante legal pela escolha da interrupção da gestação, ciente da possibilidade de manter a gestação até o seu término e das alternativas existentes nesse caso. Devem declarar conhecimento dos procedimentos médicos que serão adotados, bem como dos desconfortos e riscos possíveis para a saúde, formas de assistência e acompanhamentos posteriores. Deve constar que a mulher e/ou seu representante legal solicitam a interrupção da gestação e autorizam os profissionais de saúde a realizar os procedimentos necessários.

O Termo de Responsabilidade é assinado pela mulher e/ou seu representante legal, onde declaram que as informações prestadas para a equipe de saúde correspondem à legítima expressão da verdade. Deve constar que os(as) declarantes estão cientes das consequências dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto previstos pelos artigos 299 e 214 do Código Penal, respectivamente, assumindo a responsabilidade caso as informações prestadas não correspondam à verdade.

No terceiro documento, Termo de Relato Circunstanciado, a mulher e/ou seu representante legal devem descrever as circunstâncias da violência sexual sofrida que resultaram na gravidez. Sobre a violência sexual, deve constar a data, o horário aproximado, o local, e a descrição detalhada do ocorrido. Quanto ao autor da violência, deve especificar o número de envolvidos, se conhecido, a idade aparente, a raça, a cor dos cabelos, os trajes, sinais particulares, eventual grau de parentesco, e se o mesmo apresentava sinais de uso de álcool ou de drogas ilícitas. Deve acrescentar se o crime sexual foi ocasionalmente testemunhado por alguma pessoa.

Fonte: Ministério da saúde (2012)

Acrescenta-se um Parecer Técnico, assinado por médico, atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual alegada, afastando-se a hipótese da gravidez decorrente de outra circunstância diferente da violência sexual.

Cumpridas as etapas anteriores, completa-se com o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez, firmado pela equipe multiprofissional e pelo diretor ou responsável pela instituição. Todos os termos, devidamente assinados, devem ser anexados ao prontuário hospitalar e cópia de cada um deve ser entregue para a mulher e/ou seu representante legal (Anexo k). Os casos que não recebam aprovação devem ter motivos justificados e cuidadosamente registrados em prontuário hospitalar.

Fonte: Ministério da saúde (2012)

**Link para acesso:** [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)

Uma importante atuação da enfermagem refere-se a incentivar e avaliar a adesão ao tratamento profilático. O termo adesão deve ser observado dentro de um contexto em que a pessoa não apenas siga as orientações da equipe de saúde, mas entenda e concorde com a necessidade e os objetivos das mesmas e utilize os medicamentos prescritos (processo de responsabilidade compartilhada) (BRASIL, 2012).

É importante observar os fatores que interferem na adesão ao tratamento profilático como os aspectos socioeconômicos, grau de escolaridade, qualidade do serviço de saúde, comunicação e o vínculo entre a vítima de violência sexual e o profissional de saúde (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que esse tipo de violência muitas vezes deixa marcas visíveis no corpo, o que aumenta muito as chances de uma lesão decorrente da violência ser identificada e diagnosticada, permitindo assim que as denunciem (Marques *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o aconselhamento ou apoio emocional é uma ação assistencial da enfermagem, além dos demais profissionais. Brasil (2012) informa que o aconselhamento é um processo de escuta ativa que possibilita estabelecer relação de confiança entre a vítima e o profissional de saúde, facilitando a superação da situação traumática. Acrescenta que o apoio emocional facilita que a pessoa em atendimento em frente a situação de maneira menos defensiva, possa iniciar o processo de elaboração do trauma, pode minimizar o dano emocional e aderir à profilaxia prescrita. Nesse momento, é imprescindível que o profissional de saúde disponha de tempo para ouvir a usuária e promova ambiente de confiabilidade e empatia.

#### 2.1.5.2 Violência Psicológica, agressão verbal, assédio.

Nesses casos, a enfermagem deve assistir com as atividades de acolhimento, escuta qualificada e apoio emocional (Lima *et al.*, 2021), além proceder encaminhamentos aos profissionais específicos como por exemplo aos psicólogos.

A abordagem psicológica deve ter como objetivo promover a escuta e o acolhimento da dor e do sofrimento dessas mulheres visando orientações, encaminhamentos e tratamento psicoterapêutico. Os espaços de aconselhamento e escuta visam sensibilizar e conscientizar para a situação de violência e suas consequências e proporcionar um fórum de tomada de decisão para a resolução de conflitos por meio medida jurídica ou conciliação (Vasconcelos *et al.*, 2017).

A abordagem da relação interpessoal terapêutica e de ajuda é uma estratégia de cuidado nessas situações. Consiste numa abordagem apropriada aos cuidados em saúde mental.

A teoria de Hildegard Peplau, é uma das teorias Relações Interpessoais na Enfermagem, sendo o relacionamento interpessoal terapêutico a essência de sua proposição. A partir da perspectiva de que enfermeiro e paciente podem identificar problemas e propor soluções de forma conjunta, a teoria

remete à lógica de cuidado do paciente diante da noção de valorização deste indivíduo dentro de sua terapêutica e o coloca como agente do seu tratamento (Belcher; Fish, 2000).

O profissional deve estabelecer uma relação de ajuda terapêutica, contendo as seguintes ações (BRASIL, 2009):

- Evite julgar a vítima;
- Ouça com calma a história e suas expectativas sobre o tratamento;
- Procure entender a origem de seus problemas, o sofrimento e as dificuldades que a vítima tem para superar a dinâmica da violência;
- Mapeie a rede de apoio social que ele já possui ou pode utilizar, como trabalho, amigos, família, recursos materiais;
- Aponte oportunidades e reforçar pontos positivos;
- Mapeie os possíveis riscos que as vítimas podem enfrentar (presença de armas e ameaças)
- Avalie com a vítima sobre tais riscos, exames anteriores e anticoncepcionais (se for do sexo feminino);
- Reflita e discuta os planos de vida da vítima e busque alternativas para a situação atual;
- Encaminhe ao serviço de psicologia.

#### 2.1.5.3 Violência Social

Em relação à violência social, os profissionais devem orientar as vítimas e seus familiares encaminhando-os para redes interdisciplinares e serviços de assistência jurídica para acompanhamento psicossocial (BRASIL, 2012; 2009).

Os procedimentos que serão realizados variam entre a anotação no prontuário sobre as características e comportamentos, preenchimento da ficha de notificação, encaminhamento ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), atendimento a família para apoio e orientações, realização de visitas domiciliares e participação de reuniões interdisciplinares sobre as situações relacionadas a violência (Monteiro; Souto, 2022; ABEFORENSE, 2017; BRASIL, 2009).

#### 2.1.6 Revitimização

Revitimização é o fenômeno que compreende a sistematização da violência, também conhecida como violência institucional ou, ainda, vitimização secundária. Trata-se de uma vítima que sofre a experiência da violência diversas vezes, mesmo após cessada a agressão original. Chama-se institucional porque os órgãos que deveriam zelar pela segurança e incolumidade da vítima, acabam atropelando-a com suas infundáveis burocracias (Augusto, 2015).

O descaso, culpabilização da vítima que muitas vezes é baseada em preconceitos faz da revitimização algo tão sério e que precisa ser combatido dentro dos órgãos oficiais e na própria sociedade. Julgar, pedir para que a vítima dê o depoimento sobre o acontecido várias vezes, fazer perguntas ofensivas ou vexatórias a ela ou tratá-la sem oferecer apoio adequado são comportamentos que remetem à ideia de tonar a pessoa vítima novamente (Vasconcelos; Augusto, 2015).

No estatuto de direito da vítima (Projeto que está em trâmite no senado) em seu capítulo VI sobre o direito à prevenção da vitimização secundária, no Art. 31 diz que:

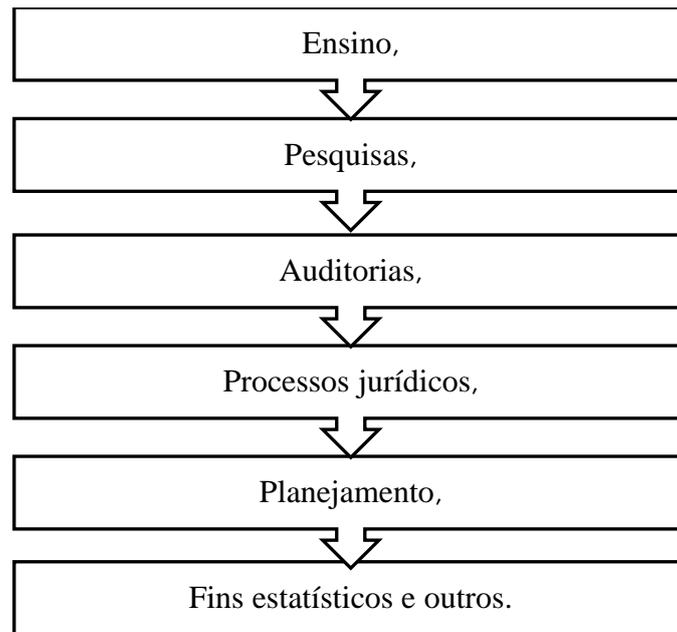
“(...) a vítima tem direito a ser ouvida em ambiente informal e reservado, devendo ser criadas as adequadas condições para prevenir a vitimização secundária e para evitar que sofra pressões”.

Acrescenta ainda no Art. 32: *“a inquirição da vítima e a eventual submissão a exame médico devem ter local e hora marcados, sem atrasos injustificados, sendo evitadas, sempre que possível, a repetição dos procedimentos”*.

É imprescindível que a enfermagem atenda tais proposições em respeito às memórias traumáticas e ao alívio do sofrimento.

### **2.1.7 Registros em prontuários, notificações e laudos**

Todo atendimento realizado pela enfermagem deve ser anotado em prontuário, isso é uma prerrogativa da profissão. Segundo COFEN (2015) a Enfermagem é uma profissão intimamente dependente de informações precisas e oportunas pela variedade de intervenções envolvidas no cuidado. Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como:



Assim, a prerrogativa é que os relatórios sejam fundamentados em fatos evidentes nas consultas de enfermagem e nos procedimentos tomados em decorrência dela de forma clara, concisa, técnica e objetiva. O prontuário do paciente deve ser o local onde se registra procedimentos feitos por toda a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Informações que devem constar no prontuário do paciente forense (SILVA *et al.*, 2021; BRASIL, 2013):

√ Data e hora do atendimento;

√ Descrição do relato da vítima;

√ História clínica e exame físico da vítima com descrição minuciosa das lesões;

√ Orientações fornecidas ao paciente pelo profissional;

√ Tratamentos e exames;

√ Identificação de todos (as) profissionais de saúde presentes durante a assistência;

√ Autorização ou não da vítima para realização dos procedimentos.

Outro registro importante refere-se às notificações. O enfermeiro deve fazer as notificações em sistemas específicos. O Ministério da saúde tem a ficha de notificação individual que deve ser preenchida em situações de violência.

|  República Federativa do Brasil<br>Ministério da Saúde<br>Secretaria de Vigilância em Saúde  |  | FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO<br>INDIVIDUAL<br>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS<br>VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS  |  | Nº  |  |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| <b>Definição de caso:</b> Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.  |  |  |  |   |  |  |  |
| <b>Atenção:</b> Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória. |  |  |  |   |  |  |  |
| 1 Data da Notificação   |  | 2 UF   | 3 Município de Notificação   | Código (IBGE)   |  |  |  |
| 4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  |  |  |  | Código (CNES)   |  |  |  |
| 5 Data da Ocorrência do Evento  |  | 6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)  |  |   |  |  |  |
| 7 Nome  |  |  |  | 8 Data de Nascimento  |  |  |  |
| 9 Idade   |  | 10 Sexo  | 11 Gestante  |   |  |  |  |
| 1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano   |  | 1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>3 - Ignorado  | 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre<br>4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado |   |  |  |  |
| 12 Cor  |  | 13 Escolaridade  |  | 05) Ensino fundamental completo   |  |  |  |
| 1-Branca 4-Parda<br>2-Preta 5-Indígena<br>3-Amarela 9-Ignorado  |  | 01) Analfabeto<br>02) 1ª a 4ª série Incompleta do EF<br>03) 4ª série completa do EF<br>04) 5ª a 8ª série Incompleta do EF<br>05) Ensino fundamental completo   |  | 06) Ensino médio incompleto<br>07) Ensino médio completo<br>08) Educação superior incompleta<br>09) Educação superior completa<br>10) Não se aplica<br>99) Ignorado |  |  |  |
| 14 Ocupação   |  |  | 15 Situação conjugal   |   |  |  |  |
|   |  |  | 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica<br>2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado                    |   |  |  |  |
| 16 Relações sexuais   |  | 17 Possui algum tipo de deficiência?   |  |   |  |  |  |
| 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres<br>2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado   |  | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes<br><input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva  |  |   |  |  |  |
| 18 Número do Cartão SUS   |  | 19 Nome da mãe   |  |   |  |  |  |
| 20 UF   |  | 21 Município de residência   |  | Código (IBGE)   |  |  |  |
| 23 Logradouro (rua, avenida,...)  |  |  |  | 22 Bairro de residência   |  |  |  |
| 25 Complemento (apto., casa, ...)   |  | 26 Ponto de Referência   |  | 24 Número   |  |  |  |
| 28 (DDD) Telefone   |  | 27 CEP   |  |   |  |  |  |
| 29 Zona   |  | 30 País (se residente fora do Brasil)  |  |   |  |  |  |
| 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Perturbana 9 - Ignorado   |  |  |  |   |  |  |  |
| 31 Local de ocorrência  |  |  |  |   |  |  |  |
| 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio<br>02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar<br>03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros<br>10 - Instituição prisional 99 - Ignorado  |  |  |  |   |  |  |  |
| 32 UF   |  | 33 Município de Ocorrência   |  | 34 Bairro de ocorrência   |  |  |  |
| 35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)  |  |  |  | 36 Número   |  |  |  |
| 37 Complemento (apto., casa, ...)   |  |  |  |   |  |  |  |
| 38 Zona de ocorrência   |  | 39 Ocorreu outras vezes?   |  | 40 A lesão foi autoprovocada?   |  |  |  |
| 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Perturbana 9 - Ignorado   |  | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado  |  | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado   |  |  |  |
| 41 Meio de agressão   |  | 42 Tipo de violências  |  |   |  |  |  |
| 1- Sim 2- Não<br>3- Não se aplica 9- Ignorado   |  | 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação<br><input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Queimadura<br><input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Força corporal |  |   | <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura<br><input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial<br><input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil <input type="checkbox"/> Outros |  |  |

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais SVS 28/06/2006

Fonte: Ministério da saúde (2011)

**Link para acesso:**

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf)

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, através da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquerito). Desde 2011, com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil (BRASIL, 2011).

Por meio da notificação compulsória, estabelecem-se vínculos entre o campo da saúde e do sistema jurídico, delineando-se a formação de redes multiprofissionais de atuação essenciais nessas situações, além de permitir a análise das dimensões epidemiológicas da violência (Marques *et al.*, 2021; SPSP; SBP, 2018).

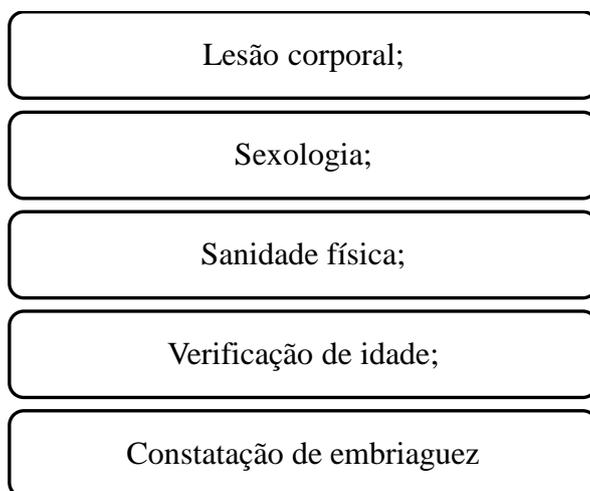
### **2.1.8 Laudos e aspectos legais**

Laudo é o documento no qual é detalhado uma descrição completa dos elementos encontrados em um exame e como é um arquivo oficial, a linguagem utilizada deve ser técnica. São registradas as hipóteses diagnósticas com base em evidências, resultados de exames e outras informações pertinentes desde que fundamentadas em fatos e evidências. O laudo é essencial para a prática médica e para aspectos jurídicos, usado em um cenário em que a pessoa precisa provar algum evento, doença ou condições específicas, como em casos de perícias por exemplo. No Brasil é comum o laudo médico, no entanto o Enfermeiro Forense deve-o fazer quando solicitado via judicial.

O laudo pericial é uma das mais importantes ferramentas para materialização de provas criminais e cíveis a serem utilizadas para defesa ou acusação. Diversos atores utilizam esse importante documento: juízes, advogados, peritos assistentes, promotores, investigadores, delegados, entre outros.

Os profissionais devem ter o cuidado de preencher os formulários, anotações em prontuários para melhor fidedignidade dos dados para o fornecimento de laudos escritos ou verbais de forma detalhada (Freitas *et al.*, 2017; Silvino *et al.*, 2016; BRASIL, 2010). Todos os documentos em que se baseou para formular o laudo pericial devem ser arquivados, ou seja, o profissional deverá arquivar todos os exames realizados, documentos preenchidos contendo consentimentos, recusas, acompanhamento e depoimentos de testemunhas, pois isso auxiliará na investigação criminal dos achados sobre a violência (Amar; Sekula, 2015; BRASIL, 2015; Barder; Gabriel, 2010).

O Instituto Médico Legal (IML) realiza pesquisas e fornece laudos técnicos a sobreviventes ou vítimas de homicídios em situações médico-legais, que incluem (SPTC-SP, 2019):



Além disso, o IML realiza perícias e elabora laudos técnicos para apurar a causa definida pelo ordenamento jurídico-penal, ou seja, (SPTC-SP, 2019):

- Realiza exames radiológicos para esclarecer os diagnósticos do médico-legista;
- Realiza pesquisas sobre produtos toxicológicos e outras substâncias;
- Realiza perícia em material biológico de vítimas;
- Faz trabalhos fotográficos de pessoas, peças e equipamentos relacionados à perícia;
- Realiza avaliações psicológicas das vítimas para a perícia;
- Emite laudos técnicos relacionados a este ramo de atividade de acordo com a legislação aplicável.

Todos esses dados são descritos nos laudos e encaminhados a locais de direito.

O próprio prontuário do paciente é considerado com o laudo indireto, pois todos os registros realizados podem ser utilizados como evidências legais em situações envolvendo algum processo ético-legal, na qual todos os laudos (exames/documentos registrados) em prontuário do paciente no contexto multidisciplinar, independente se houve a autorização ou recusa dos procedimentos deverão ser assinados por respaldo ético-legal, sendo exemplos de laudos na assistência ao paciente forense, visto a baixo (Silva *et al.*, 2021; SPTC-SP, 2019; BRASIL, 2015; Amar; Sekula, 2015).

- Registro Interdisciplinar (Médico, Enfermagem, Assistente Social e Psicólogo).
- Realização e/ou recusa do preenchimento da ficha sobre o mapa de lesões;
- Realização e/ou recusa de Exames Laboratoriais;

- Realização e recusa de Exames Radiodiagnóstico;
- Autorização e/ou recusa do Termo de Consentimento Informado Procedimentos Profiláticos e Coleta de Vestígios assinado por testemunhas e profissionais;
- Termo De Consentimento Para uso de Imagem (fotografia forense);
- Realização e/ou recusa do exame corpo delito no IML;
- Realização e/ou recusa do Boletim de Ocorrência;
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória;
- Transferência aos serviços especializados;
- Comunicado as autoridades policiais, justiça e social.

Em todos os casos de recusa, a vítima deve assinar o termo de responsabilidade.

### 2.1.9 Interconsulta

A interconsulta consiste na presença de um profissional de saúde em uma unidade ou serviço médico geral atendendo à solicitação de um médico/enfermeiro em relação ao atendimento de um paciente e permite uma segunda opinião mais especializada de maneira rápida e prática, nasceu na década de 80, dentro do campo da psiquiatria (Farias; Fajardo, 2015)

Inicialmente era comum entre uma mesma profissão, atualmente é interprofissional. A interconsulta é comum em psiquiatria, na qual por exemplo um médico clínico solicita uma consulta conjunta com um psiquiatra ou especialista em psiquiatria para ampliar a abordagem da intervenção. Atualmente, a troca de informações e aprendizado ocorre entre profissionais de diferentes áreas e especializações, o ganho pedagógico por ambos é um grande avanço pois possibilita a todos os envolvidos um entendimento mais abrangente de diversos assuntos que pode envolver um diagnóstico.

A interconsulta diferencia do encaminhamento ou um repasse de demandas de um profissional para outro mais especializado, mas sim “compartilhar o cuidado, qualificar a assistência e desenvolver competências técnicas.

Os casos de violência requerem, portanto, intervenções mais amplas, envolvendo equipes interdisciplinares e outros que atuam na assistência, como discussão dos resultados que a equipe médica pretende alcançar, para evitar medidas precipitadas que possam acabar afastando familiares das situações que a violência os rodeia (Souza *et al.*, 2021; Foutoura *et al.*, 2021; BRASIL, 2010; 2009). Durante o processo de intervenção, é essencial ouvir os desejos das vítimas e determinar as suas reais necessidades (Monteiro; Souto, 2022).

### 2.1.10 Assistência de Enfermagem no caso de negligência e maus tratos

Maus tratos pelo Código Penal - Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940, no artigo 136, refere-se em expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado.

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave terá pena de reclusão, de um a quatro anos;

§ 2º - Se resulta a morte a penas será de reclusão, de quatro a doze anos;

§ 3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos.

Negligência, refere-se a deixar de tomar uma atitude ou de apresentar uma conduta que era esperada para a situação, agir com descuido, indiferença ou desatenção, não adotando as devidas precauções. Um pai de família que deixa uma arma carregada em local inseguro ou de fácil acesso a crianças, por exemplo, pode causar a morte de alguém por essa atitude negligente. No caso de violência a Negligência diz respeito à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos ou criança (pessoas vulneráveis), por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Que de certa forma também pode ser entendida como maus tratos.

É de responsabilidade do Enfermeiro e da equipe de saúde denunciar casos de negligência e maus tratos. As denúncias de violações de direitos humanos podem ser feitas de maneira anônima e gratuita pelo:

- Disque Direitos Humanos (Disque 100);
- WhatsApp (61-99656-5008);
- Aplicativo Direitos Humanos Brasil.

Também cabe a equipe da ESF avaliar as condições de saúde, moradia, trabalho e cuidados a pessoas consideradas vulneráveis. Os índices de violência podem estar relacionados a sintomas físicos e psicológicos.

Para os sintomas físicos, o profissional deve estar atento a hematomas na pele, lesões inexplicáveis, quedas frequentes, falta de higiene, várias lesões por pressão no corpo, uso incorreto de medicamentos, dentre outros. Quanto aos sintomas psíquicos é relevante observar as mudanças no comportamento da vítima como, indícios de depressão ou ansiedade, medo diante de certas pessoas (cuidador), tornar-se passivo e submisso, baixa autoestima e sentimento de culpa (ABEFORENSE, 2017).

Uma das formas de avaliar negligência e maus tratos, além da anamnese direcionada e exame físico e laboratorial se faz pelas vistas domiciliares.

Durante as entrevistas e/ou visitas domiciliares, os profissionais devem observar se a pensão ou fonte de renda está sendo utilizada indevidamente por familiares ou cuidadores, como, por exemplo, falta de medicamentos, alimentos ou roupas. Em seguida, o profissional preencherá e processará 3 (três) vias da ficha de notificação, uma das quais deverá ser anexada ao prontuário, após isso não somente vítima, mas o documento de notificação será encaminhado às autoridades policiais, judiciais e sociais (Alarcon *et al.*, 2019; BRASIL, 2009).

Assim, os enfermeiros investigam os casos de violência por meio de avaliação clínica, denunciam às autoridades, registram, notificam e acionam a equipe multidisciplinar. A Enfermagem pode auxiliar na promoção da cultura de paz e na prevenção de casos de violência por ciclo vital, por meio do planejamento de ações educativas, fortalecimento de vínculos familiares, disponibilização de informações sobre a rede de atendimento a vítimas e mecanismos de denúncia, assim como o atendimento adequado e a condução dos casos com os devidos encaminhamentos (Melo *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2018).

O diagnóstico baseia-se em história, exame físico e, às vezes, exames laboratoriais e imagiologia diagnóstica. Segundo Brasil (2002) os indicativos que podem auxiliar durante uma entrevista clínica investigativa:

- *Você está sozinho há muito tempo?*
- *Você se sente seguro na sua casa?*
- *Você precisa de óculos, aparelhos auditivos ou próteses?*
- *Você recebe ajuda sempre que precisa?*
- *Você está obtendo e gerenciando seu dinheiro da maneira que deseja?*
- *As pessoas que se preocupam com você dependem de seu apoio financeiro?*

A conduta inclui documentação e tratamento de quaisquer lesões, condições físicas e mentais, condições de saúde, informes obrigatórios para agências governamentais apropriadas e, às vezes, hospitalização e/ou encaminhamento a orfanatos/lares abrigado para manter a pessoa segura.

A suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes surge, geralmente, quando se procede a anamnese ou no decorrer do exame físico, no entanto na maioria das vezes, as vítimas não possuem evidências físicas de maus-tratos. Sendo assim, a anamnese ocupa lugar relevante no esclarecimento dos casos, não apenas pelo relato da ocorrência da violência em si, mas também sintomas sugestivos possa indica a pessoa como vitimizada.

Pelo Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2001) na anamnese o profissional deve ficar atento a:

- ✓ História incompatível com as lesões existentes
- ✓ Lesões incompatíveis com o estágio de desenvolvimento da criança
- ✓ Relatos discordantes quando o responsável é entrevistado por mais de um profissional em diferentes momentos
- ✓ Relatos discordantes quando se entrevistam os responsáveis separadamente
- ✓ Relatos discordantes quando se entrevista a vítima e os responsáveis separadamente
- ✓ Supostos acidentes ocorridos de forma repetitiva e/ou com frequência acima do esperado
- ✓ Dinâmica familiar denotando falta de estrutura estável
- ✓ Problemas maternos relacionados à gravidez
- ✓ Relato dos pais sobre experiências próprias de terem sofrido alguma forma de violência na infância
- ✓ Aspecto de má higiene (corporal, roupas sujas, dermatite de fraldas, lesões de pele de repetição).
- ✓ Roupas não adequadas ao clima local.
- ✓ Desnutrição por falta de alimentação, por erros alimentares persistentes, por restrições devido a ideologias dos pais (vegetarianos estritos, por exemplo).
- ✓ Tratamentos médicos inadequados (não cumprimento do calendário vacinal, não seguimento de recomendações médicas, comparecimento irregular ao acompanhamento de patologias crônicas, internações frequentes).
- ✓ Distúrbios de crescimento e desenvolvimento sem causa orgânica.
- ✓ Lares sem medidas de higiene e de segurança.
- ✓ Falta de supervisão da criança, provocando lesões e acidentes de repetição.
- ✓ Frequência irregular à escola, escolaridade inadequada à idade, não participação dos pais nas tarefas escolares.

No exame físico, as lesões por maus-tratos são mais comumente identificadas na pele e nas mucosas e, em seguida, no esqueleto, no sistema nervoso central e nas estruturas torácicas e abdominais.

- **Pele e mucosas:** as lesões cutaneomucosas provocadas por maus-tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos” (dentes, cabelos), mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo etc. As lesões incluem desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau. A localização das lesões pode ser um importante indício da ocorrência de violência física. Outro aspecto é observar o estágio de evolução das lesões.
- **Esqueleto:** Fraturas múltiplas inexplicadas, em diferentes estágios de consolidação, são típicas de maus-tratos. No entanto, são pouco frequentes. As localizações mais comuns das fraturas são as extremidades e em costelas, próximo à articulação costovertebral, podem ocorrer por compressão ou impacto.
- **Sistema nervoso central:** O traumatismo crânioencefálico (TCE) provocado pode levar a dois tipos de lesão: a) externa: fraturas dos ossos do crânio lineares, deprimidas ou cominutivas; b) interna: produzida por “sacudida” ou impacto, levando a hematomas subdural ou subaracnóideo e a hemorragias retinianas.
- **Lesões torácicas e abdominais:** o traumatismo torácico produzido por maus-tratos pode decorrer de compressão ântero-posterior (“síndrome do bebê sacudido”) ou de tração violenta do braço embora seja menos frequente.

Os exames complementares a ser realizados mais comumente são:

|   |
|---|
| Coagulograma completo;                      |
| Radiografias;                               |
| Tomografia computadorizada;                 |
| Ressonância magnética;                      |
| Hemograma completo;                         |
| Outros segundo as necessidades encontradas. |

### 2.1.11 Encaminhamentos

Os profissionais de saúde devem priorizar o atendimento das pessoas em situações de violência em todo ciclo vital e encaminhá-los para intervenções intersetoriais, como, por exemplo, os órgãos de proteção (Marques et al., 2021; SPSP; SBP, 2018; BRASIL, 2009):

|                   |                         |                     |                               |
|-------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Conselho Tutelar; | Conselho do Idoso;      | Ministério Público; | Delegacia da Mulher;          |
| Polícia Militar;  | Instituto Médico Legal; | Pronto Socorro;     | Serviços de Urgência e Trauma |

As notificações devem seguir as normas padronizadas na rede de atenção à saúde dos municípios, estados e nação.

É imprescindível o cuidado e a responsabilidade frente a situações que envolvam qualquer tipo de violência, e o processo de cuidado e acolhimento não deve compreender apenas uma categoria profissional, seja médica ou enfermagem ou judicial.

### 3 PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE AOS AGRESSORES (AS) EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

A Enfermagem Forense é uma especialidade que combina o conhecimento da enfermagem com os princípios da ciência forense. Ela desempenha um papel crucial na investigação de crimes e na prestação de cuidados às vítimas, especialmente quando se trata de agressões. Os agressores, sejam eles físicos, sexuais ou psicológicos, são uma preocupação significativa no contexto da Enfermagem Forense. Este campo busca compreender os agressores, identificar as evidências que eles deixam e fornecer apoio às vítimas.

Evidências científicas têm demonstrado que a enfermagem forense desempenha um papel fundamental na detecção e no tratamento de agressores. Através da análise forense de evidências físicas, como ferimentos, marcas de mordidas, arranhões ou sinais de asfixia, os enfermeiros forenses podem fornecer informações vitais para a investigação criminal. Além disso, eles também podem coletar evidências biológicas, como amostras de DNA, que podem ser cruciais para identificar o agressor.

No entanto, a análise dos agressores no contexto da Enfermagem Forense vai além da mera coleta de evidências físicas. Os enfermeiros forenses são treinados para:

- Avaliar o comportamento dos agressores;
- Identificar padrões e;
- Compreender a dinâmica da agressão.

Isso inclui reconhecer possíveis traços de personalidade, motivações subjacentes e até mesmo identificar possíveis padrões de violência recorrentes.

Ao compreender os agressores, a Enfermagem Forense desempenha um papel crucial na prevenção de futuras agressões. Com base nas evidências científicas e em seu conhecimento especializado, os enfermeiros forenses podem ajudar a desenvolver estratégias de intervenção e programas de educação para conscientizar a sociedade sobre os fatores de risco e os sinais de alerta associados aos agressores.

Em resumo, a Enfermagem Forense desempenha um papel essencial no estudo dos agressores, fornecendo evidências científicas que ajudam na investigação e identificação dos culpados. Além disso, a compreensão dos agressores permite a implementação de medidas preventivas e de intervenção, contribuindo para a segurança das vítimas e da sociedade como um todo.

### 3.1 IDENTIFICANDO O(A) AGRESSOR(A) EM RELAÇÃO AS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Para se identificar um agressor é importante avaliar o comportamento, identificar padrões e compreender a dinâmica da agressão.

Considerando que o comportamento tem relação com diversos fatores, como cultura, traços de personalidade, situação socioeconômica e social dentre outros, vamos pensar por partes.

#### 3.1.1 Aspectos Culturais

Os aspectos culturais desempenham um papel importante na formação e na expressão dos comportamentos individuais, incluindo a agressão. Embora seja difícil generalizar, alguns aspectos culturais podem estar mais relacionados aos agressores. É importante lembrar que a cultura não determina diretamente o comportamento agressivo, mas pode influenciar nas normas sociais, nas expectativas e nas dinâmicas interpessoais que moldam as interações entre os indivíduos.

Aqui estão alguns exemplos de aspectos culturais que podem estar associados a agressores:

##### 3.1.1.1 Normas de masculinidade tóxica

Em algumas culturas, existe uma expectativa de que os homens sejam fortes, dominantes e agressivos. Essas normas de masculinidade tóxica podem encorajar comportamentos agressivos como forma de afirmar o poder e a masculinidade. No entanto, é importante destacar que nem todos os homens em uma determinada cultura aderem a essas normas, e existem variações significativas dentro de cada cultura.

Normas de masculinidade tóxica referem-se a expectativas e padrões sociais restritivos e prejudiciais associados à masculinidade. Essas normas são caracterizadas por atribuir valor a traços estereotipicamente masculinos, como força física, agressividade, dominação e controle, enquanto desvalorizam traços considerados "femininos" ou associados à vulnerabilidade emocional, como sensibilidade, empatia e expressão de emoções.

Essas normas de masculinidade tóxica podem ter consequências negativas tanto para os homens que são pressionados a se conformar a esses padrões quanto para as pessoas ao seu redor. Elas podem levar à supressão das emoções, dificuldades de comunicação, comportamentos agressivos e violência. Por exemplo, espera-se que os homens demonstrem uma masculinidade baseada na dominação e na conquista sexual, o que pode contribuir para uma cultura de assédio sexual e agressão sexual. Além disso, a pressão para não expressar vulnerabilidades emocionais pode levar a problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, uma vez que os homens podem se sentir incapazes de procurar apoio ou buscar ajuda profissional.

É importante destacar que as normas de masculinidade tóxica não representam a totalidade da experiência masculina, e muitos homens desafiam e rejeitam essas normas, optando por uma masculinidade mais saudável e inclusiva. O movimento em direção à desconstrução dessas normas e à promoção de masculinidades positivas e não restritivas é fundamental para criar uma sociedade mais igualitária e saudável para todos.

#### 3.1.1.2 Cultura do conflito e da violência

Em algumas culturas onde a resolução de conflitos é tradicionalmente baseada em violência física ou verbal, pode haver uma maior propensão à agressão. Isso pode ocorrer devido a fatores como histórico de conflitos armados, desigualdades sociais, instabilidade política ou culturalmente aceitação da violência como meio de resolução de problemas.

#### 3.1.1.3 Desigualdade de gênero

Culturas que perpetuam a desigualdade de gênero e a discriminação contra as mulheres podem criar um ambiente propício para a agressão. Essas culturas podem reforçar crenças de superioridade masculina e justificar comportamentos abusivos e violentos.

#### 3.1.1.4 Normas de submissão e silêncio

Em algumas culturas, existem normas que encorajam as vítimas de agressão a permanecerem em silêncio e a submeterem-se à violência. Isso pode dificultar a identificação e a denúncia de agressores, perpetuando a impunidade.

#### 3.1.1.5 Exposição à violência na mídia

A exposição frequente a conteúdos violentos na mídia, como filmes, programas de televisão ou videogames, pode influenciar a percepção e a aceitação da agressão como uma forma de resolução de problemas. No entanto, é importante destacar que a relação entre a exposição à mídia violenta e o comportamento agressivo é complexa e varia de pessoa para pessoa.

É fundamental ressaltar que esses são apenas alguns exemplos e que cada cultura é única, com suas próprias complexidades e variações. Compreender como os aspectos culturais influenciam o comportamento agressivo requer uma análise cuidadosa e sensível, levando em consideração o contexto cultural específico e evitando estereótipos ou generalizações simplistas.

### 3.1.2 Traços de Personalidade

Embora seja importante lembrar que não é possível generalizar todos os agressores com base em traços de personalidade específicos, existem alguns traços comumente associados a um maior risco de comportamento agressivo. É importante ressaltar que a presença desses traços não significa que uma pessoa se tornará um agressor, mas pode indicar um maior potencial para tal comportamento. Aqui estão alguns exemplos de traços de personalidade que podem estar relacionados a agressores:

#### 3.1.2.1 Traços de personalidade antissocial

Indivíduos com traços antissociais tendem a mostrar falta de empatia, desprezo pelas normas sociais, tendência a manipular os outros e falta de remorso ou culpa por seus atos. Essas características podem torná-los propensos a agir de forma agressiva sem considerar as consequências para os outros.

#### 3.1.2.2 Traços narcisistas

Pessoas com traços narcisistas possuem uma visão inflada de si mesmas, buscando constante admiração e atenção. Elas podem se envolver em comportamentos agressivos quando percebem uma ameaça à sua autoestima ou quando se sentem desafiadas ou desvalorizadas.

#### 3.1.2.3 Traços de personalidade borderline

Indivíduos com traços borderline frequentemente apresentam instabilidade emocional, impulsividade e dificuldade em regular suas emoções. Esses fatores podem contribuir para episódios de agressão, especialmente durante períodos de intensa frustração ou raiva.

#### 3.1.2.4 Traços de personalidade autoritária

Pessoas com traços autoritários tendem a valorizar a obediência estrita às normas e regras, buscando exercer controle sobre os outros. Elas podem recorrer à agressão como forma de impor seu poder e autoridade sobre os demais.

#### 3.1.2.5 Traços de personalidade agressiva/hostil

Indivíduos com traços de personalidade agressiva ou hostil podem ter dificuldade em controlar sua raiva e responder de forma agressiva em situações de conflito. Eles podem apresentar uma tendência a reagir com violência física ou verbal como forma de lidar com suas emoções.

Lembrando mais uma vez que esses traços de personalidade não são determinantes, e muitos indivíduos que os possuem não se tornam agressores. O comportamento agressivo é resultado de uma combinação complexa de fatores individuais, sociais e ambientais, e é importante abordar cada caso de forma individualizada e contextualizada.

### 3.1.3 Situação socioeconômica e social

Não existe um perfil socioeconômico ou social específico que seja diretamente predisponente a agressores. A agressão pode ocorrer em qualquer segmento da sociedade, independentemente de status socioeconômico, etnia, gênero, orientação sexual ou qualquer outra característica demográfica. É importante entender que a agressão é um fenômeno complexo e multifatorial, influenciado por uma variedade de fatores individuais, sociais e contextuais. Alguns desses fatores podem incluir histórico de violência ou abuso, instabilidade familiar, problemas de saúde mental, dinâmicas de poder desequilibradas, exposição à violência na infância, entre outros.

No entanto, é importante destacar que a prevalência da agressão pode variar em diferentes contextos sociais e econômicos. No geral, áreas com altos níveis de desigualdade social, falta de acesso a serviços básicos, pobreza extrema e ambientes com altos índices de criminalidade podem estar associadas a taxas mais elevadas de agressão. Isso se deve em parte aos fatores de estresse e desvantagens socioeconômicas que podem aumentar o risco de comportamentos agressivos.

No entanto, é fundamental evitar estigmatizar ou generalizar pessoas com base em sua posição socioeconômica ou social. Cada indivíduo é único e complexo, e o comportamento agressivo é resultado de uma interação complexa entre fatores individuais e contextuais.

É importante abordar a agressão de forma holística, considerando os múltiplos fatores que podem contribuir para ela, em vez de tentar estabelecer um perfil específico de agressor com base em características socioeconômicas ou sociais.

Segundo algumas literaturas como (Vasconcelos; Holanda; Albuquerque, 2016; Fukumoto; Corvino; Olbrich Neto, 2011; Matos *et al.*, 2019; BRASIL, 2009) o perfil dos agressores em diversos tipos de violência, em sua grande maioria são:

- Homens jovens;
- Convivem com as vítimas no próprio domicílio;
- Em união estável com vítimas;
- Diferentes ocupações: como motoristas, pedreiros, ajudantes de pedreiro, autônomos, seguranças, mecânicos, estudantes, dentre outros.

No entanto, mais uma vez, precisamos lembrar que a agressão é um fenômeno complexo e multifatorial, influenciado por uma variedade de fatores individuais, sociais e contextuais.

### **3.1.4 As características relacionadas aos agressores por tipos de violência, gênero e idade**

#### **3.1.4.1 Violência sexual**

Os autores da violência sexual contra a mulher são homens pardos, com ensino fundamental, que vivem próximo à vítima, sendo que a violência ocorre mais frequentemente à noite, na casa da vítima. Para autores de violência sexual contra crianças e adolescentes, os perfis psicológicos e comportamentais envolvem altos de moléstia e pedofilia, conforme tabela abaixo (Serafim *et al.*, 2009). Evidência que o tipo de agressão foi estupro/tentativa de estupro por um membro da família/amigo/conhecido (Bezerra; Rodrigues, 2021). O comportamento do agressor tem por finalidade estimular ou explorar sexualmente a vítima para fins sexuais, bem como coagir a vítima a manter, presenciar ou participar de relação sexual indesejada (Habigzang *et al.*, 2018; BRASIL, 2009; 1990).

#### **3.1.4.2 Violência física**

O agressor usa deliberadamente sua força física para atacar e/ou ameaçar a vítima. A respeito do comportamento do agressor(a) os profissionais de saúde deverão ser atentos se ele fica agressivo com o próprio profissional; impõe sua presença a força; postura intimidadora; apresentam características de ciúmes/raiva por parte do agressor e revitimização (ABEFORENSE, 2017; BRASIL, 2009).

#### **3.1.4.3 Violência psicológica**

A imagem do agressor na violência psicológica é a de um indivíduo desconfiado, hostil, com grande necessidade de controle e grande medo de perder a autonomia, que, como sujeito que utiliza o pensamento projetivo, exibe crenças grandiosas, é excessivamente sensível à crítica e exibe alguma caracterização de compulsividade, calúnia e calúnia contra as vítimas (Caldeira; Loureiro, 2012).

#### **3.1.4.4 Violência moral**

A violência moral, também conhecida como violência psicológica ou emocional, refere-se a formas de abuso que causam danos psicológicos, emocionais ou sociais a uma pessoa, geralmente por meio de ameaças, humilhação, intimidação, manipulação, coerção ou controle. É um tipo de violência que não envolve agressão física direta, mas pode ter impactos significativos na saúde mental e no bem-estar das vítimas.

Os perpetradores da violência moral podem ser encontrados em diferentes contextos, como relacionamentos íntimos, ambiente de trabalho, instituições educacionais, comunidades e até mesmo nas mídias sociais. Eles podem ser parceiros abusivos, colegas de trabalho tóxicos, líderes autoritários, entre outros.

É importante destacar que os perpetradores da violência moral podem ter motivações variadas e suas ações podem ser impulsionadas por fatores como poder, controle, manipulação, inveja, preconceito ou simplesmente o desejo de prejudicar e exercer poder sobre os outros. Os comportamentos associados à violência moral podem incluir:

1. Humilhação e ridicularização constante.

2. Ameaças verbais ou emocionais.

3. Isolamento social, excluindo a vítima de interações e relacionamentos.

4. Manipulação e controle psicológico.

5. Difamação, disseminação de boatos ou fofocas prejudiciais.

6. Intimidação, ameaças sutis ou coerção emocional.

7. Minimização ou negação dos sentimentos e necessidades da vítima.

8. Exploração da vulnerabilidade ou fragilidade emocional da vítima.

No caso específico de bullying a imagem do agressor é masculina, faz parte de um ciclo de amizade de poder desigual, o agressor é o líder e acaba escolhendo alguém fisicamente ou culturalmente diferente de si mesmo para feri-lo repetindo certos comportamentos como humilhação, difamação, ofensa, isolar, discriminar, espancar, empurrar, destruir objetos pertencentes à vítima, dentre outros. Agressor pode apresentar comportamento depressivo e usar drogas (Rodrigues; Salles, 2014).

Os efeitos da violência moral podem ser devastadores para as vítimas, levando a problemas de saúde mental, baixa autoestima, isolamento social, dificuldades de relacionamento, ansiedade, depressão e até mesmo pensamentos suicidas.

A prevenção e o enfrentamento da violência moral exigem a conscientização sobre os diferentes tipos de abuso e a promoção de relacionamentos e ambientes saudáveis e respeitosos. É fundamental encorajar a empatia, a comunicação não violenta e o respeito mútuo como pilares das interações humanas, além de fornecer suporte e recursos para as vítimas e responsabilizar os perpetradores por suas ações.

### 3.1.4.5 Violência doméstica/intrafamiliar

Em relação a violência com a mulher pesquisadores encontraram o seguinte perfil: homens de baixa escolaridade e mais velhos, pessoa, pertencente ao convívio intrafamiliar (Deeke *et al.*, 2009; Galvão; Andrade, 2004; Labronici *et al.*, 2010; Kronbauer; Meneghel 2005; Gadoni-Costa, 2010; Santi; Nakano; Letiere, 2010; Silva; Coelho; Caponi, 2007).

O perfil psicológico do homem em situação de agressão foi descrito pela necessidade de controle e pela dificuldade em lidar com frustração (Carvalho-Barreto, 2009), homem provedor com autoridade moral perante a família e perspectiva de dominação, devem ser machos, viris, agressivos e provedores (Abdala *et al.*, 2011; Brandão, 2006).

Em relação a violência perpetrada em crianças e adolescentes, os agressores costumam ser pessoas próximas à vítima, pessoas conhecidas da criança e parentes, pais, primos, padrastos e vizinhos. Esses atos geralmente ocorrem dentro da residência da vítima ou do perpetrador por meio de ameaças, força, manipulação e penetração carnal (Fukumoto; Corvino; Olbrich-Neto, 2011; BRASIL, 2009).

Segue uma tabela síntese das características de molestatadores de crianças apontada por Sarafim (2009).

Tabela 2. Características de molestatadores situacionais e preferenciais

| <b>Molestatador situacional</b>   | <b>Molestatador preferencial</b>  |
|---|---|
| <b>Inteligência inferior</b>  | <b>Inteligência superior</b>  |
| <b>Baixa classe socioeconômica</b>  | <b>Alta classe socioeconômica</b>   |
| <b>Transtornos de personalidade do tipo:</b>  | <b>Parafilias do tipo:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antissocial/Psicopática</li> <li>• Narcisista</li> <li>• Esquizoide</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedofilia</li> <li>• Voyeurismo</li> <li>• Sadismo</li> </ul>                          |
| <b>Comportamento criminal variado</b>   | <b>Comportamento criminal focado</b>  |
| <b>Pornografia violenta</b>   | <b>Pornografia temática</b>   |
| <b>Impulsivo</b>  | <b>Compulsivo</b>   |
| <b>Considera riscos</b>   | <b>Considera necessidade</b>  |
| <b>Erros cometidos por negligência</b>  | <b>Erros cometidos por necessidade</b>  |
| <b>Orientado intelectualmente</b>   | <b>Orientado pela fantasia</b>  |
| <b>Espontâneo ou planejado</b>  | <b>Script</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade</li> <li>• Oportunidade</li> <li>• Ferramentas</li> <li>• Aprendizado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditivo</li> <li>• Repetitivo</li> <li>• Com acessórios</li> <li>• Crítico</li> </ul> |
| <b>Padrões de comportamento – MO</b>  | <b>Padrões de comportamento – Ritual</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praticidade</li> <li>• Flexibilidade</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade</li> <li>• Rigidez</li> </ul>  |
| <i>MO: modus operandi. Adaptada de Holmes e Holmes<sup>16</sup>.</i>  |   |

Fonte: Serafim et al. (2009)

**Link para acesso:**

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/vHCDkd9cw7cKpnLRLDgfLXk/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Os%20abusadores%20caracterizam%2Dse%20principal,a%20crian%C3%A7a%2D23%2C25.>

Os autores da violência contra a pessoa idosa são majoritariamente crianças, sendo a maioria homens, com idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos, que vivem com os filhos ou familiares próximos. Os principais tipos de violência são a violência desatenta e a violência psicológica (Rodrigues; Salles, 2014).

Segundo a ABEFORENSE (2017), na violência contra o idoso, o comportamento do agressor (filhos, pais e netos) geralmente envolve:

- 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;
- Contesta perguntas dirigidas ao idoso;
- Obstaculiza o cuidado;
- Apresenta descontrole emocional;
- Não demonstra sentir-se satisfeito com a vida;
- Demonstra ser controlador;
- Tenta convencer o profissional que o idoso é “louco” ou que está “caducando”; culpabiliza o idoso; apresenta “gênio forte”.

Violência relacionada ao uso de álcool e drogas: a influência do álcool e das drogas no comportamento agressivo é uma área de estudo amplamente explorada. É reconhecido que o consumo de substâncias psicoativas pode aumentar a probabilidade de comportamentos agressivos em algumas situações. Como se observa, as violências física e psicológica são as mais comuns e esses indivíduos cometeram atos de violência sob a influência do álcool (Vasconcelos; Holanda; Albuquerque, 2016; Madureira *et al.*, 2014).

O álcool, em particular, é frequentemente associado a um aumento da agressividade. Estudos mostram que o álcool pode reduzir a inibição e a capacidade de autocontrole, diminuir a capacidade de avaliar adequadamente as consequências dos atos e prejudicar a tomada de decisões. Além disso,

o consumo excessivo de álcool pode levar a mudanças de humor, irritabilidade e impulsividade, fatores que podem contribuir para comportamentos agressivos.

Quanto às drogas ilícitas, os efeitos na agressão podem variar dependendo do tipo de substância e de como ela afeta o sistema nervoso central. Por exemplo, algumas drogas estimulantes, como a cocaína ou a metanfetamina, podem aumentar a agitação, a paranoia e a hostilidade, elevando o risco de comportamentos agressivos. Já outras substâncias, como os opioides, podem diminuir o estado de alerta e induzir a sedação, reduzindo a probabilidade de agressão.

No entanto, é importante observar que nem todas as pessoas que consomem álcool ou drogas se tornam agressivas, e nem todos os agressores estão sob a influência dessas substâncias. É importante ressaltar que o consumo de álcool ou drogas não justifica a agressão, e a responsabilidade pelo comportamento agressivo continua a recair sobre o agressor. O uso de substâncias pode ser um fator contribuinte, mas não é a causa única de comportamentos violentos.

Além disso, é fundamental abordar o uso de álcool e drogas como parte integrante de uma abordagem mais ampla de prevenção e tratamento da violência. A promoção de programas de educação, conscientização sobre o uso de substâncias, acesso a serviços de saúde mental e tratamento para dependência química são estratégias importantes para abordar os fatores subjacentes à agressão relacionada a álcool e drogas.

### **3.1.5 Abordagem e atitude do Enfermeiro para com o(a) agressor(a)**

A Enfermagem Forense desempenha um papel relevante na avaliação e abordagem dos agressores em casos de violência e abuso. Essa especialidade da enfermagem concentra-se na aplicação de conhecimentos científicos e habilidades clínicas para fornecer cuidados de saúde holísticos aos agressores, ao mesmo tempo em que colabora com equipes multidisciplinares para garantir a segurança e a justiça para todas as partes envolvidas.

A abordagem da enfermagem forense aos agressores é guiada por princípios éticos e profissionais, que incluem o respeito pelos direitos humanos, a confidencialidade, a imparcialidade e a atenção às necessidades individuais. O enfermeiro forense realiza avaliações detalhadas, coleta de evidências e fornece cuidados de saúde abrangentes, com foco na saúde física, mental e emocional do agressor.

Ao interagir com os agressores, a enfermagem forense busca compreender as circunstâncias, motivações e fatores que podem ter contribuído para o comportamento agressivo. Isso inclui avaliar a história de violência ou abuso, identificar possíveis transtornos de saúde mental, explorar fatores de estresse e examinar quaisquer condições médicas subjacentes que possam influenciar o comportamento.

Além disso, a enfermagem forense tem um papel educativo ao abordar questões comportamentais, oferecer aconselhamento e fornecer informações sobre alternativas não violentas para lidar com conflitos e agressão. O objetivo é promover a responsabilização pelo comportamento, incentivar a mudança de atitudes e fornecer recursos para prevenir a reincidência.

A abordagem da enfermagem forense aos agressores é baseada em evidências científicas, levando em consideração a compreensão atual dos fatores de risco, resiliência, traumas e impactos na saúde mental. Os enfermeiros forenses trabalham em colaboração com profissionais de saúde, assistentes sociais, advogados, policiais e outros especialistas para garantir uma abordagem integrada e eficaz no atendimento aos agressores. É importante ressaltar que a enfermagem forense também tem a responsabilidade de garantir a segurança das vítimas e colaborar com a justiça, fornecendo informações precisas e imparciais, além de coletar e preservar evidências forenses significativas.

Na maioria das vezes o perpetrador é uma pessoa próxima da vítima nas diversas modalidades de violência, podendo ser desde parceiros íntimos, pai e mãe biológicos, padrasto, madrasta, cuidador, irmãos ou vizinhos. Ao encontrá-los numa grande parte das vezes não são identificados de imediato (Freire, 2018; ABEFORENSE, 2017).

Em resumo, a abordagem da enfermagem forense aos agressores é uma abordagem multidisciplinar, baseada em evidências científicas, ética e centrada na saúde, visando avaliar, fornecer cuidados e promover mudanças comportamentais nos agressores, a fim de prevenir futuras agressões e contribuir para a segurança e justiça para todas as partes envolvidas.

Apesar de nossos sentimentos em relação ao agressor, é preciso saber ouvir seus motivos e motivações, seus medos, inseguranças e dependências, e auxiliá-lo para que ele possa dar-se conta delas (BRASIL, 2002). Os agressores podem tentar interromper seu comportamento violento, mas também podem falhar devido à falta de ajuda (Habigzang *et al.*, 2018; BRASIL, 1990).

### **3.1.6 Consulta de Enfermagem ao/a agressores(a) de violência**

A respeito da assistência prestada aos agressores(as) em situações de violência contra crianças e adolescentes, mulheres e homens, idosos e incapazes os profissionais deverão se atentar aos tipos de violência física, sexual, psicológica e negligência (ABEFORENSE, 2017) conforme dito no texto anteriormente.

A assistência ao agressor talvez seja muitas vezes negligenciada porque é um serviço para aquele que prejudicou outras pessoas e que muitas vezes vem contra os princípios e valores do profissional que irá prestar o atendimento (BRASIL, 2002). No entanto, é necessário quebrar o ciclo de violência, não só o aprisionamento individual, mas também uma assistência à saúde dirigida para um agressor visando tratar ou atenuar as causas que o incentivou a cometer tais atos (BRASIL, 2002).

Uma das intervenções necessárias a serem realizadas com os agressores(as) é a realização da psicoterapia (BRASIL, 2009; 2002) e no caso da enfermagem a atitude terapêutica que visa:

- Conhecer a história de vida do agressor.
- Avaliar sobre consumo/dependência de álcool e outras drogas.
- Identificar a existência ou não de violência nas relações afetivas anteriores, bem como na família de origem. Estes aspectos auxiliam a compreensão da natureza do problema e o quanto podem influenciar seu comportamento
- Identificar sentimento de culpa, revolta, raiva etc.
- Avaliar sobre as formas de relacionamento e valores que o influenciam.
- Avaliar o grau de desordem da vida social.
- Avaliar desordens e/ou conflito psicosssexual.
- Facilitar o relato de experiências de violência vivenciada na infância ou adolescência.
- Analisar como algumas atitudes e afirmações podem causar problemas, brigas e agressões verbais.
- Encorajar cuidado especial para prevenir que ocorram novamente atos de agressão.
- Auxiliá-los a compreender a gravidade de seu comportamento;
- Proporcionar mudanças no comportamento agressivo. Proporcionar mudanças na forma de relacionamento homem/mulher.
- Levá-los a compreender quais situações provocam o comportamento violento.
- Avaliar o quanto sentem-se motivados a receber auxílio para modificar este comportamento.
- Encorajá-los a responsabilizar-se por seus pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos.
- Informá-los sobre as diversas formas de violência e seu impacto na vida das pessoas envolvidas.
- Auxiliá-los a desenvolver uma forma mais positiva de pensar e sentir sobre si mesmos, fortalecendo sua autoestima.
- Auxiliá-los a exercitar novas e mais adequadas formas de expressar sua agressividade.
- Encaminha-los ao psiquiatra, caso necessário.

Estas estratégias citadas, deverão ser efetivadas durante a consulta de enfermagem numa vertente de relação de ajuda de cunho terapêutico, bem como o olhar investigativo no sentido de conhecer o perfil do agressor quanto aos aspectos comportamentais, psicológicos, como os traços de personalidade, dinâmicas afetivas e normas de masculinidade tóxica.

### 3.1.6.1 Relação de ajuda

A Relação de Ajuda é uma conversa estruturada que se estabelece com o fim de se resolver um problema ou dificuldade e dar um suporte emocional. Na visão de Rogers (1980), a relação de ajuda é uma relação não-diretiva, colaborativa, assente em princípios de valorização da pessoa do outro e de crença nas suas potencialidades para resolver, de forma autónoma, os seus problemas.

Egan (1992) refere que a relação de ajuda se desenvolve em 3 fases: exploração e clarificação do problema, desenvolvimento de novas perspectivas e, finalmente, definição de metas a atingir e ação condutora em direção a essas metas, respectivamente. Já Peplau (1990) opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Essas etapas estão superpostas e devem ser consideradas de forma relacionada.

Na **fase de orientação**, o enfermeiro e a pessoa/família/grupo têm o primeiro contato, passando a identificar e compreender as necessidades do problema existente. Durante a orientação às atitudes da pessoa e do enfermeiro são influenciadoras sobre o dar ou receber ajuda. A enfermeira, inicialmente, identifica as necessidades da pessoa, o qual, durante a interação, fornece muitas pistas a respeito de como visualiza a dificuldade que está experimentando e oferece à enfermeira a oportunidade de reconhecer suas carências de informação e compreensão acerca do problema. Diante das necessidades identificadas, a enfermeira, em colaboração com outros componentes da equipe de saúde, orienta a pessoa acerca do problema e de suas implicações. No caso de atendimentos a agressores, o enfermeiro estabelece as diretrizes já apontadas anteriormente, observando aquelas que relacionam a levantar as demandas, perfil comportamental, crenças, valores dentre outros.

Durante a **fase de identificação** seleciona-se aquelas pessoas que possam ajudá-la, como no caso o enfermeiro ou algum membro do grupo. Se houve necessidade de encaminhamentos estes serão acordados bem como as interconsultas. Isso diminui os sentimentos de desamparo, motivando-os para o enfrentamento de suas necessidades.

A **fase de exploração** ocorre após o cliente identificar o enfermeiro como sendo aquele que reconhece e compreende as relações interpessoais da situação, passando a explorar todos os serviços que lhe são oferecidos e as estratégias para se reestruturar como cidadão de paz livre de comportamentos agressivos e violentos.

Na **fase de resolução** espera-se que as necessidades do cliente já tenham sido satisfeitas, começando a se desfazer o elo entre enfermeiro a pessoa que requer ajuda. Nessa fase o cliente apresenta-se pronto para “voltar para casa”, abandonando-se, assim, os antigos laços e dependências, implicando na liberação gradual da identificação com as pessoas que tem proporcionado assistência e a criação e fortalecimento da capacidade para agir por si mesmo.

Estas fases podem ser identificadas em um único encontro ou em vários, quando marcados consultas de relacionamento interpessoal terapêutico com o agressor.

Esta mesma abordagem de relação de ajuda pode ser aplicada com as vítimas, quando o enfermeiro deseja ultrapassar o papel tecnicista e usar do relacionamento interpessoal terapêutico como forma de intervenção de enfermagem.

No mais, as intervenções de enfermagem conforme demandas também recorrem ao cuidado.

#### 3.1.6.2 coleta de vestígios

Em situações de violência, é importante estabelecer laudos que constituam prova médico-legal, tanto como prova física de um suposto crime quanto para identificar e responsabilizar os autores. Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos a esses fatores e, principalmente, os responsáveis pela coleta que devem estar atentos à presença de vestígios como por exemplo, impressões digitais do agressor em diversas partes do corpo da vítima (BRASIL, 2015). É necessário coletar impressões digitais do suposto agressor para conformar ou não o agressor.

Em geral, a coleta de vestígios do autor da violência geralmente se refere à coleta de material biológico para identificação, teste de DNA para detectar a presença de espermatozoides e, idealmente, deve ser feito em até 72 horas após a violência (CURITIBA, 2015).

#### 3.1.6.3 Encaminhamentos

De acordo com a legislação brasileira, existem diversos serviços aos quais os agressores podem ser encaminhados, visando à responsabilização pelos seus atos e à prevenção de novas ocorrências de violência. Alguns desses serviços incluem:

- 1. Delegacia de Polícia:** Em casos de agressões físicas, sexuais ou psicológicas, a vítima ou testemunhas podem registrar um boletim de ocorrência em uma delegacia de polícia. A partir daí as autoridades policiais podem iniciar as investigações e, se necessário, encaminhar o agressor para outras instâncias do sistema de justiça.
- 2. Medidas Protetivas:** Caso a vítima de violência doméstica solicite e seja concedida uma medida protetiva de urgência, o agressor pode ser notificado e orientado a manter distância e não entrar em contato com a vítima. O descumprimento dessas medidas pode resultar em consequências legais.
- 3. Programas de Intervenção e Reabilitação:** Existem programas destinados especificamente aos agressores, como os Grupos Reflexivos de Homens, que visam promover a reflexão sobre atitudes violentas e desenvolver habilidades de comunicação e resolução de conflitos. Esses programas são oferecidos por órgãos governamentais, ONGs e instituições especializadas.

4. **Acompanhamento Psicossocial:** Em alguns casos, é indicado que os agressores recebam acompanhamento psicossocial, incluindo avaliação psicológica e psiquiátrica, terapia individual ou em grupo, visando tratar possíveis transtornos mentais e desenvolver habilidades emocionais e comportamentais saudáveis.
5. **Penas e Medidas Alternativas:** No caso de agressões que resultem em processo criminal e condenação, o agressor pode receber penas e medidas alternativas, como prestação de serviços comunitários, participação em programas educativos ou reabilitação, como forma de responsabilização e reintegração social.

É importante ressaltar que o encaminhamento dos agressores aos serviços adequados depende do contexto específico, das circunstâncias do caso e da decisão das autoridades competentes, como a polícia, o Ministério Público e o Poder Judiciário. Cada caso é avaliado individualmente, levando-se em consideração a legislação vigente e os recursos disponíveis na região.

#### 3.1.6.4 Registros

As anotações de Enfermagem são primordiais para que possam elucidar as evidências a respeito das pessoas em situações de violência, principalmente quando se trata dos autores ou suspeitos do crime, havendo respaldo legal quando se trata da descrição detalhada das informações e procedimentos realizados durante a consulta de Enfermagem (Amar; Sekula, 2015; Augusto, 2015; COFEN, 2017; 2012).

Em vista disso, é necessário realizar todos os registros para que o atendimento não se torne algo com fragilidades e de modo que se torne omissivo em algum momento. Portanto, a equipe interdisciplinar (Médico, Enfermagem, Assistente Social e Psicólogo) deverá fazer todo registro em prontuário médico para fim de auxiliar na elucidação dos fatos, bem como descrever se caso foi realizado a denúncia, realização do boletim de ocorrência, notificação compulsória e o encaminhamento aos serviços especializados e suas devidas transferências (Amar; Sekula, 2015; CURITIBA, 2015; BRASIL, 2009).

A Enfermagem desempenha um papel importante no registro adequado das informações relacionadas ao agressor no prontuário do paciente. É essencial manter registros precisos e completos para garantir uma documentação adequada e apoiar a continuidade do cuidado. Algumas anotações relevantes que a enfermagem pode registrar no prontuário do paciente em relação ao agressor incluem:

- 1. Identificação do agressor:** Nome completo, idade, sexo e qualquer outra informação de identificação disponível sobre o agressor.
- 2. Relação com a vítima:** Caso o agressor tenha uma relação específica com a vítima (por exemplo, parceiro íntimo, membro da família, colega de trabalho), é importante registrar essa informação.
- 3. Descrição da agressão:** Detalhes sobre a natureza da agressão, incluindo data, hora, local e descrição dos eventos que ocorreram. Isso pode incluir informações sobre o tipo de violência (física, sexual, psicológica), armas utilizadas, ferimentos causados e qualquer outro dado relevante.
- 4. Comportamento agressivo:** Observações sobre o comportamento e as atitudes do agressor durante o atendimento, como agitação, agressividade verbal, ameaças ou tentativas de coagir a vítima ou os profissionais de saúde.
- 5. Informações sobre antecedentes:** Se disponível, registrar informações sobre o histórico de violência do agressor, incluindo ocorrências anteriores, medidas protetivas ou processos judiciais anteriores.
- 6. Evidências físicas ou documentais:** Caso sejam coletadas evidências físicas (por exemplo, fotografias de lesões) ou documentais (por exemplo, mensagens de texto, e-mails, ordens de restrição), é importante registrar a existência dessas evidências e armazená-las adequadamente de acordo com os protocolos legais.
- 7. Intervenções realizadas:** Registrar as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem em relação ao agressor, como avaliações de saúde, encaminhamentos para outros profissionais ou serviços especializados, orientações fornecidas e acompanhamento.
- 8. Notificação às autoridades:** Se for necessário notificar as autoridades competentes, registrar os detalhes da notificação, incluindo a data, hora e nome da autoridade contatada.

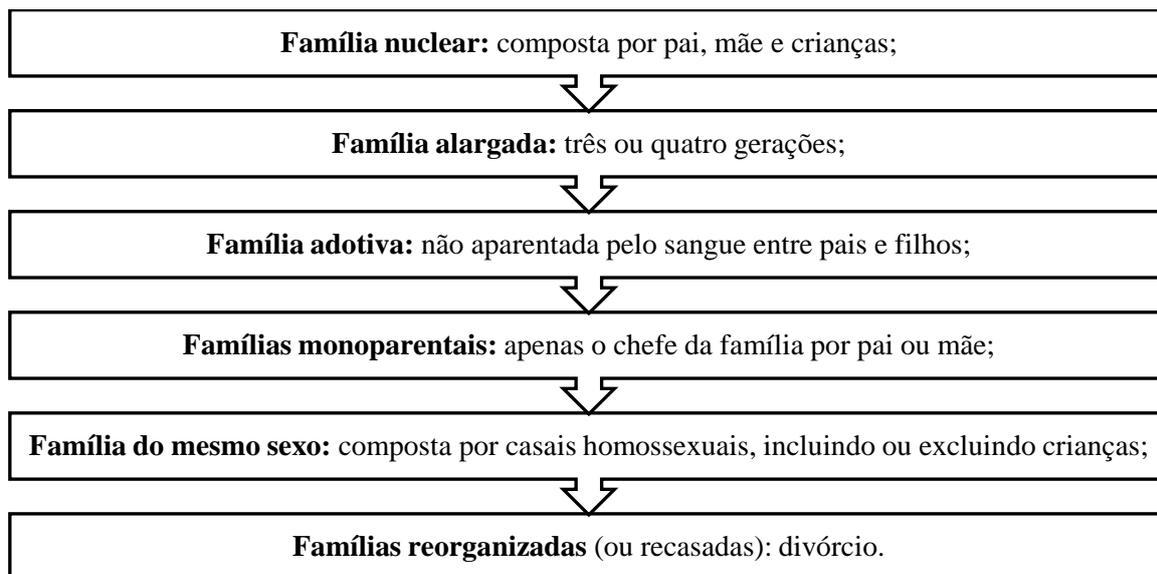
É importante seguir as políticas e diretrizes específicas da instituição de saúde em relação à documentação e ao registro de informações relacionadas a agressores. Além disso, a privacidade e a confidencialidade devem ser mantidas de acordo com as leis e regulamentações aplicáveis, garantindo a proteção das informações pessoais dos envolvidos.

## 4 PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM FORENSE AOS FAMILIARES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

A família é uma rede de laços e emoções expressas simultaneamente por meio dos sentimentos positivos e negativos (Lyra; Constatino; Ferreira, 2010). É neste contexto que as gerações se confrontam diretamente, suas diferenças e relações de poder (BRASIL, 2009). A função da família é basicamente a reprodução social e ideológica que se estrutura de acordo com os contextos culturais e históricos nos quais se encontra inserida (Lyra; Constatino; Ferreira, 2010). Os valores e crenças de cada indivíduo, seja mulher ou homem, são transmitidos para os descendentes e para distribuir a todos os membros da família consequentemente (BRASIL, 2009).

A família como sistema é considerada uma unidade social cuja principal tarefa é facilitar o desenvolvimento de seus membros, a forma e execução desta tarefa pode variar de acordo com os parâmetros culturais em que se encontra, mas sempre será relevante ao longo do tempo Resposta a uma forma única de operar uma organização que evoluiu ao longo do tempo (Moré; Krenkel, 2014).

Existem diferentes configurações de família, que podem ser (Carnut; Faquim, 2014; Macklin, 1980):



Famílias em contextos violentos apresentam graus de desestruturação familiar, com consequências como crescimento e desenvolvimento dos filhos, pobreza, perda de entes queridos, abuso de álcool e outras drogas, desafetos, violência materna e perpetrada pela por membros da família que acabam os colocando perante a um ciclo vicioso de violência (Brittar; Nakano, 2011)

Quando a violência é intrafamiliar, ela traz múltiplas consequências para os envolvidos, comprometendo o desenvolvimento psicossocial e comportamental de crianças e adolescentes, levando-as ao envolvimento com drogas, prostituição e gravidez na adolescência (Rodrigues *et al.*,

2016). Geralmente seus membros expressam sentimento de tristeza, dor, medo e impotência. Isso porque, na maioria das vezes, não conseguem sair desse ciclo ou resolver a situação, seja por medo do agressor ou por entender que a saída da situação depende apenas da pessoa de quem sofre a violência (Rodrigues *et al.*, 2016).

Nas relações familiares a violência é um fenômeno multicausal e, se não identificado e problematizado, multigeracional, causam danos físico, moral ou psicológico e assume diversas formas de expressão (Rodrigues; Chalhub, 2014).

As relações parenterais a respeito das mães que vivenciam violência doméstica têm relações com seus filhos afetadas pelo ambiente violento em que vivem e as relações dos filhos com os pais parecem ser mais afetadas negativamente (Justino; Cotonhoto; Nascimento, 2017). Por outro lado, estilos parentais percebidos como negativos, como punição inconsistente, monitoramento negativo, abuso físico, negligência e disciplina frouxa, podem levar a déficits no aprendizado de habilidades sociais das crianças porque as crianças não têm modelos na família. aprender e, finalmente, resolver ativamente seus conflitos (Rodrigues; Salles, 2014).

Diante do exposto, existem fatores de risco familiares relacionados aos tipos de violência contra públicos vulneráveis como crianças, mulheres e idosos que acabam sofrendo situações de dependência socioeconômica, uso de álcool e outras drogas, além de discórdias conjugais, relacionamentos e problemas de saúde mental que levam a fatores de risco, descritos abaixo (Lyra; Constatino; Ferreira, 2010; Milani; Loureiro, 2008).

Brasil (2002) sinaliza alguns fatores de risco da família:

- Distribuição desigual de poder e autoridade na família, conferida aos seus membros de acordo com sexo, papel social ou sexual, idade, etc.;
- Relações familiares centradas em papéis e funções estritamente definidos;
- Tensão crônica na família, manifestada por dificuldade de diálogo e agressividade;
- Famílias com estrutura funcional fechada e sem oportunidades de contato com o mundo exterior, resultando em padrões repetitivos de comportamento;
- Crise familiar, perda (separação, perda de emprego, morte, emigração, etc.);
- Baixos níveis de autonomia e desenvolvimento entre os membros da família;
- A presença de padrões familiares violentos (abuso, abuso infantil e abandono) na história de nascimento da pessoa;
- Alta incidência de abuso de drogas;
- Ter antecedentes criminais ou histórico de uso de arma;
- Transtornos psicológicos/mentais pessoais;

- Dependência financeira/emocional e baixa autoestima de alguns membros levando à incapacidade e/ou incapacidade de lidar com situações de violência.

Esses fatores considerados de risco, alertam a enfermagem para investigar possíveis violências intrafamiliares bem como desenvolver estratégias de prevenção de agravos e de promoção de saúde familiar.

As relações familiares como pais, tios, padrastos e amigos mais próximos da família, demonstram os principais suspeitos de perpetrar a violência dentro dos seus ambientes domésticos em decorrência as pessoas vulneráveis sendo as principais vítimas dessa violência. Os fatores de risco mais comuns são: doença mental; algum trauma que pode acarretar problemas na vida adulta; conflito familiar; e gravidez na adolescência (Borges; Galdino, 2021).

A respeito da violência física, os familiares muitas vezes ocultam 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 (ABEFORENSE, 2017; BRASIL, 2012; 2009).

Por isso, é importância atentar aos sinais da violência física a respeito das crianças pelos familiares a respeito das (BRASIL, 2012a):

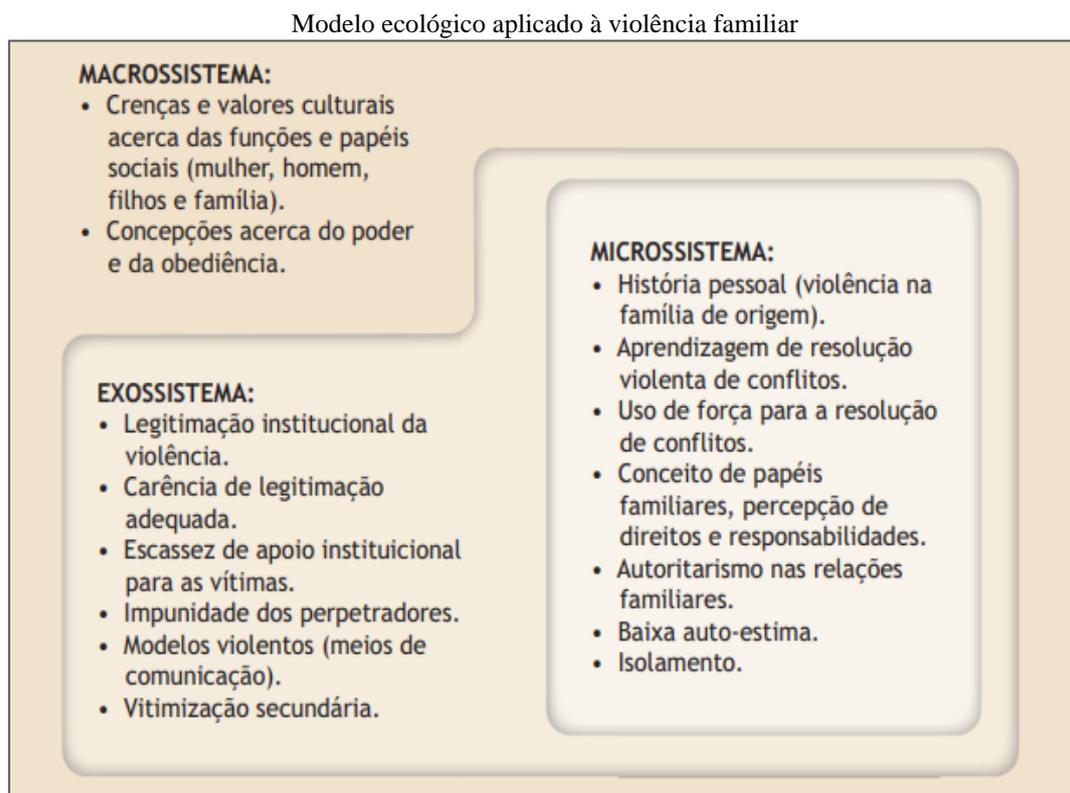
|                 |                    |                                |
|-----------------|--------------------|--------------------------------|
| Lesões de pele; | Fraturas;          | Lesões cranioencefálicas;      |
| Lesões de face; | Lesões abdominais; | Envenenamentos e intoxicações. |

Em relação a violência sexual, os mesmos ocultam frequentemente o abuso; tornam a relação 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 (ABEFORENSE, 2017; BRASIL, 2012b; 2009).

Quanto à violência psicológica, tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; desqualifica; exige em demasia; corrompe; isola; descreve a criança como má, diferente das

demais. Por fim, a respeito das situações de negligência, as características são desde apatia, 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 (ABEFORENSE, 2017; BRASIL, 2012a; 2009).

Em vista dessas tipologias da violência sendo mascaradas e omitidas pelos familiares é importante destacar o modelo ecológico aplicado à violência familiar sendo dividido por macrosistema, microsistema e exossistema, sendo visto na imagem a seguir.



Fonte: Moré e Krenkel (2014).

**Link para acesso**

[https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Violencia\\_Familiar.pdf](https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Violencia_Familiar.pdf)

A linha de cuidado a respeito da assistência aos familiares em situações de violência pelo profissional de saúde (BRASIL, 2012a; 2012b):

- **Acolhimento:** criar um ambiente onde as vítimas e suas famílias se sintam seguras e confiantes, e onde tenham a oportunidade de expressar seus sentimentos e falar sobre a violência em que estão envolvidos. Se houver perigo para a criança ou jovem, você deve contatar imediatamente o Conselho Tutelar para que comunique a situação e receba orientações sobre como proteger a vítima.

- **Atendimento:** conscientização de todos os profissionais dos serviços de saúde sobre os problemas enfrentados pelos familiares e pessoas em situação de violência. O serviço deve desenvolver um plano assistencial condizente com o atendimento que supõe um único prontuário devidamente preenchido pelos diversos profissionais envolvidos no atendimento. Tudo o que for dito durante a consulta deve ser registrado, identificando-se o momento em que a vítima, os seus familiares ou outras pessoas prestaram declarações, para que as autoridades de proteção e defesa compreendam a gravidade da situação.
- **Atitude do profissional:** eles devem explicar claramente que a família pode se beneficiar de um forte apoio. Além disso, as famílias precisam acompanhar o andamento das ações de cuidado e proteção. Se a equipe suspeitar que um familiar é suspeito, estratégias devem ser empregadas, como entrar em contato com membros que não estiveram envolvidos, idealmente com o consentimento ou orientação da vítima. As equipes de saúde não devem atuar isoladamente em casos suspeitos e confirmados de violência.
- **Abordagem multiprofissional:** a partir das características da agressão, do estado geral da vítima, do perfil do autor da violência e do perfil da família (definindo se podem atuar como protetores).
- **Consulta clínica:** informe-se se há conflitos familiares que levem à violência contra familiares e fora do ambiente doméstico. Um exame físico completo e detalhado documentado nos registros médicos ou de consultório também é crítico. Recomenda-se que isso seja feito na presença de um responsável e dentro dos padrões éticos de atendimento, visando não apenas apurar a situação atual, mas também buscar indícios de violência anterior após explicação do procedimento e suas possíveis consequências seriam empregadas e por que elas deveriam ser motivo de preocupação.

Caso necessário, é importante orientar os familiares a realizarem exames complementares como exames laboratoriais e radiológicos, realização de Boletim de Ocorrência (BO), realização de perícia e coleta de provas no Instituto Médico Legal (IML), avaliação psicossocial, avaliação sexual cuidados preventivos de violência em caso de doença.

- **Notificação:** independentemente da condição socioeconômica da família, quando um dos pais ou responsável vivencia a situação de negligência ou qualquer outra forma de violência, há necessidade de informar e agir em prol da prevenção da violência. As autoridades podem ajudar as famílias a proteger as vítimas da violência.

Em relação ao aspecto psicológico, a terapia familiar é uma das ações para lidar com as situações de violência (BRASIL, 2009):

- Identificar valores sociais e valores familiares com suas interfaces e influências na violência.
- Promover resiliência familiar em contextos sociais de risco.
- Identificar problemas e disfunções sexuais do casal.
- Identificar os fatores geradores de violência intrafamiliar ou extrafamiliar.
- Identificar as consequências psicossociais da violência em cada membro da família.
- Promover a expressão de sentimentos de cada membro familiar diante da violência sofrida.
- Gerar a proteção das crianças e adolescentes e o autocuidado.
- Promover equilíbrio da estrutura familiar.

Nesse sentido, é necessário trabalhar com os familiares em situações de violência desde mediadas de prevenção como (BRASIL, 2012a; 2002).

- Promover novos padrões que favoreçam a quebra do ciclo da violência
- Desenvolver habilidades para a resolução não-violenta de conflitos
- Estimular atitudes de flexibilidade e responsabilidade nas relações afetivas e familiares
- Promover a elevação da autoestima e empoderamento das famílias e indivíduos vulneráveis
- Promover a socialização e o intercâmbio

Portanto, a violência também pode ser evitada buscando-se reduzir os efeitos danosos e suas consequências. Os profissionais devem ter habilidades para analisar cada caso e trabalhar com as famílias e equipes da unidade para desenvolver um programa de tratamento para a vítima e o agressor (BRASIL, 2012a).

Outra forma de ver esse contexto refere-se a família de pessoas vítimas de violência que não a intrafamiliar. Familiares de pessoas que sofrem violência podem experimentar uma série de alterações psicológicas e emocionais devido ao impacto da violência nos seus entes queridos e no contexto familiar. Essas alterações podem variar de acordo com a natureza e a gravidade da violência, a relação com a vítima e a capacidade de enfrentamento de cada indivíduo. Algumas das alterações comuns incluem:

## 4.1 ANGÚSTIA EMOCIONAL

Familiares podem sentir uma ampla gama de emoções, como tristeza, medo, raiva, frustração, impotência, culpa e ansiedade. Eles podem se preocupar constantemente com a segurança e o bem-estar da vítima, o que pode levar a um estado de estresse crônico.

### 4.1.1 Trauma secundário

Testemunhar ou saber sobre a violência sofrida por um ente querido pode causar trauma secundário nos familiares. Eles podem experimentar sintomas semelhantes aos da vítima, como flashbacks, pesadelos, insônia, hipervigilância e evitação de situações relacionadas à violência.

### 4.1.2 Culpa e Autorresponsabilização

Familiares podem se sentir culpados por não terem conseguido proteger ou ajudar adequadamente a vítima. Eles podem se questionar sobre suas ações passadas ou acreditar que de alguma forma contribuíram para a violência.

### 4.1.3 Isolamento Social

Devido ao estigma associado à violência e ao desejo de proteger a privacidade da vítima, os familiares podem se sentir isolados e evitar compartilhar suas experiências com outras pessoas. Eles podem se afastar de amigos, familiares e atividades sociais.

### 4.1.4 Estresse crônico

Lidar com a violência pode levar a um estado constante de estresse, afetando a saúde física e mental dos familiares. Eles podem experimentar fadiga, problemas de sono, distúrbios alimentares e problemas de saúde relacionados ao estresse prolongado.

### 4.1.5 Baixa autoestima

Familiares podem ter sua autoestima afetada pela situação de violência. Eles podem se sentir impotentes, inseguros e com baixa autoconfiança, especialmente se enfrentarem dificuldades para ajudar a vítima ou interromper o ciclo de violência.

### 4.1.6 Desafios nos relacionamentos

A violência pode criar tensões e conflitos nos relacionamentos familiares. A comunicação pode se tornar difícil, e pode haver sentimentos de ressentimento, culpa ou inadequação entre os membros da família.

É importante que os familiares tenham acesso a apoio psicológico adequado, como terapia individual ou em grupo, para lidar com essas alterações psicológicas e emocionais. O suporte social, a educação sobre a violência e a busca de recursos disponíveis na comunidade também são importantes para ajudar os familiares a lidar com os efeitos da violência e promover sua própria saúde e bem-estar.

## 4.2 PAPEL DA ENFERMAGEM FORENSE AOS FAMILIARES DE PESSOAS QUE SOFREM VIOLÊNCIA

A Enfermagem Forense desempenha um papel considerável no apoio aos familiares de pessoas que sofrem violência. Essa especialidade visa oferecer cuidados holísticos e multidisciplinares, abordando as necessidades físicas, psicológicas e sociais dos familiares. Algumas ações específicas que os enfermeiros forenses podem realizar em relação aos familiares de vítimas de violência incluem:

### 4.2.1 Avaliação e Triagem

Os Enfermeiros Forenses podem conduzir avaliações e triagens dos familiares para identificar as necessidades individuais e os impactos da violência em suas vidas. Isso pode envolver a identificação de sinais de trauma, transtornos de saúde mental, estresse e outras alterações emocionais.

### 4.2.2 Educação e orientação

Os Enfermeiros Forenses podem fornecer informações e orientações aos familiares sobre a violência, seus efeitos, recursos disponíveis e estratégias de enfrentamento. Isso inclui explicar os direitos dos familiares, opções de suporte emocional, serviços de proteção e encaminhamentos para agências especializadas.

### 4.2.3 Apoio emocional

Os familiares podem enfrentar uma variedade de emoções complexas e desafios psicológicos devido à violência. Os Enfermeiros Forenses podem oferecer apoio emocional, ouvir ativamente suas preocupações, validar suas experiências e fornecer um espaço seguro para expressar seus sentimentos.

#### **4.2.4 Encaminhamento para serviços especializados**

Os Enfermeiros Forenses podem encaminhar os familiares para serviços especializados, como terapia individual ou em grupo, apoio psicossocial, aconselhamento jurídico, abrigos de emergência e organizações de apoio a vítimas de violência. Eles podem fornecer informações sobre os serviços disponíveis e auxiliar no acesso a eles.

#### **4.2.5 Coleta de evidências**

Em casos de violência em que os familiares possam ter testemunhado ou obtido informações relevantes, os Enfermeiros Forenses podem realizar entrevistas estruturadas para coletar informações que possam ajudar na investigação e no processo judicial.

#### **4.2.6 Apoio à segurança**

Os Enfermeiros Forenses podem fornecer orientações sobre medidas de segurança para os familiares, incluindo estratégias para minimizar o risco de violência futura, desenvolvimento de planos de segurança pessoal e informações sobre ordens de restrição e outras medidas de proteção.

#### **4.2.7 Advocacia**

Os Enfermeiros Forenses podem atuar como defensores dos familiares, garantindo que seus direitos sejam respeitados, suas vozes sejam ouvidas e suas necessidades sejam atendidas. Isso pode incluir a colaboração com outros profissionais e agências envolvidas, como a polícia, assistentes sociais, advogados e órgãos de justiça.

É relevante ressaltar que as ações específicas de Enfermagem Forense em relação aos familiares de vítimas de violência podem variar de acordo com o contexto e as políticas de cada instituição de saúde. O objetivo principal é fornecer um suporte abrangente e sensível, ajudando os familiares a lidar com os impactos da violência e a promover sua própria saúde e bem-estar.

Neste capítulo, foi discutido o processo de Enfermagem Forense voltado para vítimas, perpetradores e familiares em situações de violência. Como enfermeiro(a), é essencial refletir sobre como essa prática se relaciona com a área de atuação. Ao analisar os estudos de caso apresentados, deve-se pensar de que maneira essas reflexões podem influenciar na atuação profissional na Enfermagem. Essa análise crítica considera não apenas as técnicas e procedimentos, mas também a dimensão humana do atendimento, levando em conta a complexidade das relações interpessoais e o impacto que o trabalho pode ter na vida daqueles que estão em situações vulneráveis.

## **Estudo de Caso 1: Cuidado de Enfermagem Forense em situações de violência (vítimas)**

*“Na visita domiciliar (VD) realizada pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) para avaliação mensal, está percebeu alterações significativas no comportamento e estado geral da idosa que mora juntamente com a família. A Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) mediante o relato agenda a VD para realização da Consulta de Enfermagem e a avaliação da idosa. Na anamnese verifica que P.A.C, sexo feminino, viúva, 80 anos, apresenta Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e dificuldade para o autocuidado. A idosa refere que reside com a filha, aproximadamente 6 meses para ajudar a “olhar os netos”, uma vez que a filha trabalha em tempo integral e também para ajudar a complementar a renda da família. A filha insiste em falar que a mãe é bem cuidada. Ao exame físico: Apresenta aparência frágil, boca seca, turgor pastoso, emagrecida, cabelos não penteados, unhas compridas e sujas, confusa para algumas respostas e irritada com as crianças. Apresenta escoriações, hematomas, equimoses pelo tronco e membros inferiores, sendo que no membro superior esquerdo observa-se uma área extensa de hematoma e o mesmo está imobilizado por tipoia, que segundo o relato da filha é decorrente de quedas frequentes. As roupas não estão limpas e tem respingos de sangue ressecado, sendo as mesmas da visita anterior.*

*Identifique na consulta de Enfermagem realizada pela Enfermeira Maria Rita da Estratégia de Saúde da Família (ESF) o olhar forense:*

### **Questões para reflexão:**

1. Na anamnese.
2. No exame físico.
3. Na identificação de vestígios forenses.
4. No registro das informações.
5. Nas interconsultas e nos encaminhamentos.

## **Estudo de Caso 2: Cuidado de Enfermagem Forense em situações de violência (agressores e familiares)**

*“Quando um agressor busca atendimento em uma consulta de enfermagem na Atenção Primária de Saúde, é essencial que a equipe de enfermagem atue de forma profissional e ética, garantindo a segurança tanto do agressor quanto dos profissionais envolvidos. Nesta atividade você irá descrever nos espaços a abordagem que você aprendeu quanto a atender um agressor. Imagine que você está no serviço onde trabalha. Suas anotações devem nos dar uma visão geral de seu cuidado de forma holística.*

***Caso:** João, um homem de 40 anos, é encaminhado para uma consulta de enfermagem na Unidade Básica de Saúde após ser identificado como agressor em um caso de violência doméstica. Durante a consulta, os enfermeiros têm a oportunidade de abordar a situação de forma terapêutica e proativa, visando a responsabilização do agressor e a prevenção de novos episódios de violência.”*

### **Questões para reflexão:**

1. Abordagem profissional e não julgadora:
2. Avaliação e entrevista inicial:
3. Avaliação de risco e segurança:
4. Entrevista, escuta ativa e exploração dos fatores desencadeantes:
5. Intervenções, encaminhamentos e educação sobre violência e suas consequências:
6. Documentação e registros.
7. Acompanhamento e monitoração.
8. Colaboração interprofissional.
9. Cuidado com o bem-estar dos profissionais:

ABDALA, C.; SILVEIRA, K.; MINAYO, M.C.S. Aplicação da Lei Maria da Penha nas delegacias de mulher: O caso do Rio de Janeiro. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 4, n.4, p:571-600, 2011.

AGRELI, H. F; PEDUZZI, M; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 59, p:905-16, 2020.

ALARCON, M. F. S.; et al. Violência financeira: circunstâncias da ocorrência contra idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* v. 22, n. 6, p: e190182m, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190182> Acesso em: 21 jun.2023.

AMAR, A.; SEKULA, L. K. A Practical guide to forensic nursing: incorporating forensic principles into nursing practice. Sigma Theta Tau, Indianapolis, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/nm.23.8.17s25> Acesso em: 26 fev. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM FORENSE (ABEFORENSE). Cartilha de orientações da enfermagem forense e campanha direcionada para a identificação, notificação e denúncia da violência. Aracaju, 2017. 58 p. Disponível em: <https://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Cartilha-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-da-Enfermagem-Forense-ABEFORENSE.pdf> Acesso em: 30 mar. 2023.

AUGUSTO, C. B. (coord.): Violência Contra a Mulher e as Práticas Institucionais. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos – Brasília: Ministério da Justiça, 2015. "Série Pensando o Direito", nº 52.

BAPTISTA, R. W.; PIZZATO, E. Situações de risco e violência na infância e adolescência. 2023 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Residência Médica em Pediatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2023. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/255678/001164096.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 jun. 2023.

BARRETO, J. J. S; et al. Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. *REME – Rev Min Enferm.* v.23, p:e-1234, 2019. Disponível em:<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v23/1415-2762-reme-23-e1234.pdf> Acesso em: 25 jun. 2023.

BEZERRA, A. R.; RODRIGUES, Z. M. R. Violência contra mulheres: o perfil da vítima e do agressor em São Luís-MA. *Revista do Departamento de Geografia. [S. l.]* v. 41 p:e176806, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/176806/174323> Acesso em: 03 jul. 2023.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial, Brasília, DF*, 14 mar. 2013. Seção I, nº 50. p 1 - 2.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.984, de 3 de abril de 2020. Altera o art. 22 da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para estabelecer como medidas protetivas de urgência frequência do agressor a centro de educação e de reabilitação e acompanhamento psicossocial. Brasília, DF, 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.015, de 7 agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do distrito federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2009. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.1. ed. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: DF, 2010.

\_\_\_\_\_. 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. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. –Brasília: DF, 2002. 96 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF, 2011.

BELCHER, J. R; FISH, L. J. B. Hildegard E. Peplau. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4th ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS). Como deve ser a abordagem, feita por um profissional de saúde da APS, a uma paciente que esteja apresentando pensamento suicida? São Paulo, SP, 2018. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-deve-ser-a-abordagem-feita-por-um-profissional-de-saude-da-aps-a-uma-paciente-que-esteja-apresentando-pensamento-suicida/> Acesso em: 25 jun. 2023.

BORGES, L. P.de B.; GALDINO, S. D. Competências do enfermeiro forense diante da perícia criminal sobre a violência praticada na infância e juventude. *In: Anais do II Congresso Nacional de Enfermagem Forense. Anais...Fortaleza (CE) ONLINE, 2021.*

BRANDÃO, E.R. Renunciantes de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher. *Revista Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p:207-231, 2006.

BRITTAR, D. B.; NAKANO, A. M. S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p: 17-24, 2011.

CARVALHO-BARRETO, A.; et al. Desenvolvimento humano e violência de gênero: Uma integração biológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 1, p:86-92, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Por que as Anotações de Enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório? Brasília, DF, 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio\\_15619.html#:~:text=constituem%20a%20finaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20processo,enfermagem%2C%20s%C3%A3o%20provas%20cabais%20da](http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html#:~:text=constituem%20a%20finaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20processo,enfermagem%2C%20s%C3%A3o%20provas%20cabais%20da) Acesso em: 25 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Guia de recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf> Acesso em: 27 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 556, 14 de agosto de 2017. Conselho Federal de Enfermagem: das áreas de atuação do enfermeiro forense (ANEXO). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2017. 10. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/ANEXORESOLU%C3%87%C3%83O-556-2017.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Suicídio: informando para prevenir. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf> Acesso em: 25 jun. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO DO SUL (COREN-MS). Cofen orienta profissionais de sobre cuidados da enfermagem com vítimas de violência.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência sexual. Curitiba, Paraná, 2015. Disponível em: Acesso em: 24 jun. 2023.

DELMORO, I. de C. de L.; et al. Characteristics of women victims of violence: an integrative review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 16, p. e447111638342, 2022.

DEEKE, L.P.; et al. A dinâmica da violência doméstica: Uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde e Sociedade*. v. 18, n. 2, p: 248-258, 2009.

EGAN, G. *Communication dans la relation d'aide*. Montreal: Editions Études Vivantes, 1992.

FERREIRA, T. C. de. F. E.; et al. Atuação do enfermeiro forense na assistência à vítima de violência doméstica. In: PEÑA, A. V. (Org.). Tópicos nas ciências da saúde. Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2020. 89p.

FARIAS, G. B.; FAJARDO, A. Porto. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, n. 3, p. 2075-2093, 2015.

FONTOURA, E. de S.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem frente à violência sexual infantojuvenil: revisão narrativa da literatura. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 635–645, 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Protocolo de Atenção Integral a Crianças e adolescentes vítimas de violência. Uma abordagem interdisciplinar na saúde. Belém, Pará, 2012. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/publicacoes-textos-e-artigos/publicacoes/publicacoes-1/ProtocoloAtenIntegralCriançasAdolecentesVítimasViol.pdf/view> Acesso em: 25 jun. 2023.

FUKUMOTO, A. E. C. G.; CORVINO, J. M.; OLBRICH NETO, J. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Rev. Ciênc. Ext. v.7, n.2, p.71, 2011.

FREIRE, S. M. L. Aspectos da enfermagem forense na assistência as mulheres vítimas de violência sexual. 2018. 53 f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

GADONI-COSTA, L. Violência doméstica: vitimação e enfrentamento 103 f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

GALVÃO, E.F.; ANDRADE, S.M. Violência contra a mulher: Análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em municípios do Sul do Brasil. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p:89-99, 2004.

GOMES, M. C.; et al. Violência contra a mulher: compreendendo a atuação interdisciplinar. Rev enferm UFPE on line., v.11, nº 12, p.:5245-51, 2017.

HABIGZANG, L. F.; et al. Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência [recurso eletrônico] / coordenação Luísa F. Habigzang. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: PUCRS, 2018. Recurso on-line (46 p.). Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/15154038-manual-de-capitacao-profissional-para-atendimento-em-situacoes-de-violencia-pucrs.pdf> Acesso em: 25 jun. 2023.

JUSTINO, Y. A. C.; COTONHOTO, L. A.; NASCIMENTO, C. R. R. A perspectiva de mães a respeito das relações parentais diante de um contexto de violência doméstica contra mulher. Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-20, dez. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000300004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300004&lng=pt&nrm=iso) acessos em 02 jul. 2023.

KRONBAUER, J.F.D; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 5, p: 695-702, 2005.

LABRONICI, L .M; et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na pousada de maria. Revista Escola de Enfermagem USP, v. 44, n.1, p:126-33, 2010

LIMA, S. R. de; et al. Uma revisão sobre a enfermagem forense no pronto atendimento. REVISTA JURÍDICA UNIANDRADE. v. 30. n. 1, 2019.

LIMA, C. D. S. de; ET AL. Assistência de enfermagem frente a mulheres vítimas de violência no Brasil. Research, Society and Development, v. 10, n. 1, e40310111861, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11861>. Acesso em: 26 jun. 2023.

LYRA, GFD., CONSTANTINO, P., FERREIRA, AL. Quando a violência familiar chega até a escola. In: ASSIS, SG., CONSTANTINO, P., and AVANCI, JQ., orgs. Impactos da violência na escola: um diálogo com professores [online]. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/ Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 147-175

MADUREIRA, A. B.; et al. Homens autores de violência contra mulheres detidos. Esc Anna Nery, v. 18, n. 4, p:600-606, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jYG3vKc6tRx8dtGstt3spmB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 03 jul. 2023.

MACEDO, L. de A.; LOVADINI, V. de L.; SAKAMOTO, S. R. A importância das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados segundo a equipe de enfermagem. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 92, n. 30, 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/689>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MACKLIN, E. D. Nontraditional family forms: a decade of research. Journal of Marriage and the Family. v. 4, p:902-922, 1980.

MARCOLINO, E. D. C.; et al. Violência contra criança e adolescente: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. Rev. Bras. Enferm. v. 75, n. Supl 2, p: e20210579, 2022.

MARQUES, D. O.; et al. Violência contra crianças e adolescentes: atuação da Enfermagem. Rev enferm UFPE online. v. 15, p:e246168, 2021.

MATOS, N. M. De; et al. Perfil do agressor de pessoas idosas atendidas em um centro de referência em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v. 22, n. 5, p:e190095, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/xZYqVNmDV4SB7v44FZkgbfq/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Acerca%20do%20perfil%20do%20agressor,de%2050%20anos%20de%20idade> Acesso em: 03 jul. 2023.

MATOS, L. D. S.; JUNIOR, C. A. F. S. Assistência de enfermagem ao indivíduo vítima de violência sexual. Rev enferm UFPE on line. v.15, n. 2, p. e245695, 2021.

MELO, J. G. de.; et al. Atuação da enfermagem frente ao idoso vítima de violência doméstica em tempos da pandemia da covid-19. International Journal of Development Research, v.12, n.9, p.58732-58735, 2022.

MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 28, n. 1, p. 50-67, mar. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000100005&lng=pt&nrm=iso) acessos em: 03 jul. 2023.

MONTEIRO, G. K. N. de. A.; SOUTO, R. Q. Diretriz de atendimento multiprofissional ao idoso hospitalizado em situação de violência. 2022. 204 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, 2022.

MORGADO, F. L.; ROSSI, L. A. Correlação entre a escala de coma de glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico. *Radiol Bras.* v. 44, n. 1, p:35–41, 2011.

MORÉ, C. L. O. O.; KRENKEL, S. Violência no contexto familiar [recurso eletrônico] Organizadoras: Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré, Scheila Krenkel — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 82 p disponível em: [https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Violencia\\_Familiar.pdf](https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Violencia_Familiar.pdf) Acesso em: 02 jul. 2023.

OLIVEIRA, K. S. M.; et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Rev Gaúcha Enferm.* v. 39, p.:e57462, 2018.

PAMPOLIN, G.; LEITE, F. M. C.; Negligência e violência psicológica contra a pessoa idosa em um estado brasileiro: análise das notificações de 2011 a 2018. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 23, n. 6, p:e190272, 2020.

PEPLAU, H. E. Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: MassonSalvat; 1990.

PORTO, C. C. Como fazer uma boa entrevista clínica. *Rev Med Minas Gerais*, v. 26, p: e-1842, 2017.

RIBEIRO, J. F.; LEITE, W. A. A. Aspectos da violência sexual contra a mulher: perfil do agressor e do ato violento. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v. 10, (Supl. 1), p:289-95, jan., 2016

RODRIGUES, L. S.; CHALHUB, A. A. Contextos familiares violentos: da vivência de filho à experiência de pai. *Pensando fam.* Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 77-92, dez. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2014000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200007&lng=pt&nrm=iso). acessos em 03 jul. 2023.

RODRIGUES, P. C. G.; SALLES, L. M. F. Estilos parentais e violência: os modos de tutela e a relação com o comportamento dos filhos na escola. Universidade Estadual Paulista (Mestrado em Educação), Rio Claro, São Paulo, 2014 64 f. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/121898/000807286.pdf;sequence=1> Acesso em: 02 jun. 2023.

RODRIGUES, V. P. R.; et al. Relações familiares no contexto da violência de gênero. *Texto Contexto Enferm*, v. 25, n. 3, p:e2530015, 2016.

ROGERS, C. R. Experiências em Comunicação. In CR Rogers (Ed.), *A Way of Being* (pp. 5-26). Boston, MA: Houghton Mifflin, 1980.

SANTI, L. N; et al. Percepção de Mulheres em Situação de Violência Sobre o Suporte e Apoio Recebido em Seu Contexto Social. *Texto e Contexto em Enfermagem*, v. 19, n. 3, p:417-24, 2010.

SANTOS, J.S.; et al. Cuidado de enfermagem forense ao idoso em situações de violência: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm.* v. 34, p.: eAPE002425, 2021.

SILVA, N. K. N. da; et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200003&lng=pt&nrm=iso) acessos em 25 jun. 2023.

SILVA, L.L.; COELHO, E.B.S; CAPONI, S.N.C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 21, p:93-103, 2007.

SOUZA, J. S. R. de; et al. Desenvolvimento de um protocolo operacional padrão para enfermeiros no cuidado a crianças vítimas de violência. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 95, n. 36, p. e-021163, 2021.

SOUZA, L. E. S. de.; et al. Papel das equipes multiprofissionais diante idosa vítima de violência. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 8, p. e48511831280, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2.ed. Rio de Janeiro, RJ, 2001. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/maustratos\\_sbp.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/maustratos_sbp.pdf) Acesso em: 25 jun. 2023.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. – 1.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2011.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer. – 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCHAEFER, L. S.; MIELE, A.; RIOS, A. A entrevista forense com crianças vítimas de violência sexual no contexto da perícia criminal oficial. Cadernos Jurídicos, São Paulo, v. 23, n. 63, p. 11-22, 2022.

SILVINO, M. C. S.; et al. Mulheres e violência: características e atendimentos recebidos em unidades de urgência. J Health Sci. v.18, n.4, p:240-4, 2016.

SILVA, J. D. O. M.; et al. Enfermagem forense: o enfermeiro no atendimento as mulheres vítimas de violência sexual – guia prático. 1ª ed. Guarujá: editora científica, 2021a, 67 p. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/downloads.editoracientifica.com.br/books/978-65-89826-29-3.pdf> Acesso em: 26 fev. 2023.

SILVA, V.G.D.; RIBEIRO, P.M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. Esc Anna Nery. v. 24, n. 4, p:e20190371, 2020.

SOUZA, J. S. R. de; et al. Cuidados de enfermagem em relação a mulher vítima de violência doméstica na atenção primária à saúde. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 95, n. 34, p. e-021086, 2021.

SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA (SPTC-SP). Histórico. Instituto Médico Legal. São Paulo, SP, 2019. Disponível em: <http://www.policiacientifica.sp.gov.br/iml-instituto-medico-legal/> Acesso em: 25 jun. 2023.

VASCONCELOS, C.M. Violência contra a mulher: Uma revisão integrativa sobre os fazeres da psicologia. 2017. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará - campus Sobral, Sobral, 2017.

VASCONCELOS, M. E. M.; AUGUSTO, C. B. Práticas institucionais: Revitimização e lógica familista nos jvdfms. Direito em Movimento, Rio de Janeiro, v. 23, p. 47-100, 2º sem. 2015. Disponível em: [https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento\\_online/edicoes/volume23/volume23\\_87.pdf](https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento_online/edicoes/volume23/volume23_87.pdf) Acesso em: 27 jun. 2023.

VASCONCELOS, M. S. de; HOLANDA, V. R. de; ALBUQUERQUE, T. T. de. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. Cogitare Enferm. v. 21, n. 1, p: 01-10, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/698/41960-171297-1-pb.pdf> Acesso em: 03 jul. 2023.

REALIZAÇÃO:

**SEVEN**  
publicações acadêmicas

ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



[WWW.SEVENPUBLI.COM](http://WWW.SEVENPUBLI.COM)

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.