



Index de Enfermería

versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296

Index Enferm vol.30 no.4 Granada oct./dic. 2021 Epub 27-Jun-2022

Mi SciELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Revista

SciELO Analytics

Artículo

Artículo en XML

Referencias del artículo

Como citar este artículo

SciELO Analytics

Traducción automática

Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Otros

Otros

Permalink

TEORIZACIONES

Violencia contra la mujer en el modelo holístico de la teoría de Myra Estrin Levine

Violence against women in the holistic model of Myra Estrin Levine's theory

Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro (orcid: 0000-0001-5211-5422)¹, **Fabio Scorsolini-Comin (orcid: 0000-0001-6281-3371)¹**

¹Programa de Pós-graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil

RESUMEN

Objetivo principal:

Considerando que la violencia contra la mujer es uno de los eventos más impactantes en la salud física y mental, representando una problemática significativa para la salud pública, el objetivo de este estudio teórico es discutir cómo la atención a la mujer víctima de violencia puede ser comprendida a partir de la Teoría de Myra Estrin Levine.

Metodología:

Es un ensayo sobre el fenómeno de la violencia contra la mujer a partir de la Teoría Holística de Levine.

Resultados principales:

la Teoría de Myra Estrin Levine es un presupuesto importante para la atención a la mujer víctima de violencia en el campo de la atención en enfermería, puesto que busca conservar la energía, la integridad estructural, personal y social de la mujer que pasó por ese proceso, desde la perspectiva del cuidado integral.

Conclusión principal:

la teoría de Levine puede contribuir para el reconocimiento de la violencia contra la mujer y producir prácticas más efectivas en el acogimiento y en la asistencia en servicios de salud.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; Práctica de enfermería; Salud de la mujer

ABSTRACT

Objective:

Considering that violence against women is one of the most impactful events in physical and mental health, representing a significant problem for public health, the aim of this theoretical study is to discuss how care for women who are victims of violence can be understood from Myra Estrin Levine's Theory.

Method:

It is a essay about the phenomenon of violence against women from Myra Estrin Levine's Holistic Theory.

Main results:

Myra Estrin Levine's Theory is an important assumption for the care of women victims of violence in the field of nursing care, since it seeks to conserve energy, structural, personal and social integrity of the woman who passed through this process, from the perspective of comprehensive care.

Main conclusion:

Levine's theory can contribute to the recognition of violence against women and produce more effective practices in care and assistance in health services.

Keywords: Violence against women; Nursing practice; Women's health

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es definida como cualquier situación que resulte en sufrimiento o lesión física, sexual o psicológica, abarcando la amenaza de la práctica de actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la esfera pública como en la privada.¹ La violencia contra la mujer, sea de orden emocional, física o simbólica produce un elevado grado de sufrimiento y acarrea importantes daños a su salud.^{2,3} Por su complejidad y el modo como está presente en nuestra cultura, sobre todo la brasileña, fuertemente marcada por el machismo, por la perpetuación del poder patriarcal y por la frágil ejecución de las políticas públicas de género, puede no ser fácilmente reconocida tanto por quien la practica como por la víctima.⁴

Un informe de la Organización Mundial de la Salud registró la violencia como la cuarta mayor causa de muerte entre jóvenes en todo el mundo. Los resultados estiman que 200 mil personas mueren por año asesinadas, con edad de entre 10 y 29 años por armas de fuego y peleas.⁵

En 2015, 4.621 mujeres fueron asesinadas en Brasil, lo que corresponde a una tasa de 4,5 muertes por cada 100 mil mujeres.^{6,8} Cada dos horas una mujer brasileña es asesinada, siendo el 40 % con edad entre 18 y 30 años, lo que hace del país el 12° en el ranking mundial de asesinatos contra mujeres. La mayoría de las víctimas es asesinada por exparejas, maridos, novios, parientes u hombres que fueron rechazados por ellas, reforzando el fenómeno de la violencia intrafamiliar.⁹ Las mujeres tampoco son expuestas a la violencia del mismo modo, siendo que el marcador de raza/color es uno de los que deben ser analizados en conjunto, habida cuenta que las mujeres negras y de las periferias de ciudades son las más afectadas por la violencia y por el feminicidio.

En 2015 fue sancionada en Brasil la Ley 13.104/2015, aumentando la pena de autores de crímenes de homicidio contra mujeres, elevando la pena mínima de seis a 12 años y la máxima de 20 a 30 años de prisión. Esta ley, conocida como Ley del Feminicidio, transformó el asesinato de mujeres debido al hecho de ser considerado como un crimen con ensañamiento.

A partir del inicio de 2020, con la pandemia de la Covid-19, la violencia contra la mujer pasó a ser nuevamente una preocupación global. Con las políticas de aislamiento y de distanciamiento, las mujeres pasaron más tiempo en sus residencias, estando, muchas veces, forzadas a permanecer cerca de sus verdugos. Con esa mayor exposición a los autores de agresión y la fragilización de las redes de protección a lo largo de la pandemia, los casos de violencia contra la mujer se ampliaron significativamente.¹⁰ En Brasil, solo en el año 2020, cinco mujeres murieron por día víctimas de feminicidio, y tan solo considerando los datos de la red del Observatorio de la Seguridad que incluyen los registros de los Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará y Pernambuco. Un estudio que tuvo el objetivo de mostrar los casos de feminicidio y casos de violencia contra la mujer en el aislamiento social de la Covid-19 en Brasil indicó un crecimiento de violencia contra mujer en ese período, así como un aumento del 138 % en los casos de feminicidios en comparación con los años 2018 y 2019.¹⁰

En la década de 1960 la violencia contra las mujeres fue denunciada por los movimientos feministas y por las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de Mujeres en nivel mundial, señalando una grave violación de los Derechos Humanos de las Mujeres. Se destaca que la violencia contra la mujer es un problema de Salud Pública en Brasil, comprendiendo directamente la violación de los Derechos Humanos.⁵ En 2006, con la creación de la Ley 11.340, conocida como Ley Maria da Penha, tuvieron lugar importantes avances. Esta ley cualifica los tipos de violencia como de orden físico, sexual, psicológico, moral o patrimonial, sea de modo exclusivo o asociado, incentivando la denuncia para que no ocurra un resultado fatal en la vida de una mujer.¹¹

El enfrentamiento de la violencia contra la mujer requiere el involucramiento no solo del poder público y de sus redes de protección, sino también de los profesionales de salud. Específicamente en relación a la enfermería, se demanda el desarrollo de posturas acogedoras y humanizadas para acompañar a las víctimas. Es necesario que los profesionales tengan disponibilidad para la prevención y manejo de esas situaciones, para que la mujer en situación de violencia se sienta segura para exponer sus quejas y sus demandas de salud.¹² El problema consiste en la fragilidad de la enfermería en el desarrollo de un enfoque específico para la atención a las mujeres en situación de violencia, de modo que se promueva una mirada integrada a su salud. Reconocer que la actuación en ese escenario es parte integrante de las atribuciones de los profesionales de enfermería, juntamente con el apoyo de un equipo multiprofesional, se muestra esencial para la asistencia a la mujer en ese campo.¹³

A fin de desarrollar un elenco de competencias para la actuación en este contexto, diversas teorías de enfermería pueden ser revisadas. Entre ellas destacamos, en el presente trabajo, el Modelo Holístico de Myra Estrin Levine. Comprendemos que este modelo puede contribuir con el cuidado de enfermería en el contexto de la salud de la mujer, habida cuenta que él se basa en trabajar de forma didáctica la adaptación eficaz del proceso de enfermería

a individuos y familias dentro de la salud de la mujer y de la obstetricia, además de contribuir con el proceso de enfermería, buscando alcanzar la autonomía profesional y la buena calidad de la asistencia prestada al cliente, a la familia y a la sociedad.

La salud de la mujer desde el Modelo Holístico de Levine

La teoría de enfermería de Myra Estrin Levine es una de las que comprenden al ser humano de modo holístico, o sea, considerando su complejidad y la necesidad de un cuidado en enfermería que se presente igualmente complejo. En la práctica, ello equivale a cotejar, en la asistencia, elementos sociales, conscientes, racionales, perceptivos, controladores e intencionales volcados a la acción y al tiempo.^{14,15}

Esta teoría se organiza de modo que caracteriza a la mujer en su dinámica, por medio de constante interacción con el ambiente, así como se parte de la preocupación con la paciente. Es por esa razón que ese modelo ha sido elegido para una visión integral de la mujer victimada.¹⁶ El primer principio de esa teoría está basado en la conservación de la energía del ser humano. El segundo se basa en la conservación de la integridad estructural del paciente. El tercero está basado en la conservación de la integridad personal del cliente. El cuarto y último está apoyado en la conservación de la integridad social del individuo.¹⁷

Una baja de la conservación de la energía generada por la violencia puede comprometer la salud física y emocional de esa mujer. La integridad estructural revela la fragilización de la mujer, como las marcas físicas y corporales. En ese sentido, cuando el personal de enfermería sospecha de violencia durante la práctica clínica, inmediatamente debe iniciar formas para tratamiento de las lesiones de la mujer.¹⁸ Sin embargo, ese proceso no puede ser apartado de un diálogo con la asistencia social y la red de protección a la mujer, dado que se debe romper con el ciclo de violencia, envolviendo una actuación multiprofesional que pueda responder suficientemente a las necesidades de esas mujeres. Es fundamental que el profesional de enfermería sea capaz de identificar las marcas de esa violencia cuando presta atención clínica, dialogando con la cliente en el sentido de comprender lo que está ocurriendo y cuáles medidas -de salud, de asistencia y legales- deben ser llevadas a cabo, en articulación con otros profesionales también.

La integridad personal puede envolver una actuación en el mantenimiento o recuperación de la identidad y autoestima de la cliente, dado que la teoría de Levine refiere que vivencias de violencia en una relación íntima pueden provocar aislamiento de sus relaciones sociales o familiares y, además, llevar la cliente a desarrollar un cuadro depresivo.¹⁸ La integridad social contempla las diversas redes de apoyo social, como la familia, los amigos y las instituciones. Cabe al profesional de la salud el reconocimiento de la red de apoyo social de la mujer, accionándola como potencialidad en el cuidado a la salud de la mujer.¹⁹

Con el aumento expresivo de los casos de violencia contra la mujer y la mayor presencia de ese público en los equipamientos de salud, se destaca que el profesional de enfermería puede no estar preparado para actuar y reconocer tal fenómeno, que hasta incluso puede ser poco percibido o identificado por la mujer víctima de violencia. Ante lo expuesto, y de los pocos estudios relacionados con la atención de enfermería a la mujer víctima de violencia, y también considerando que la violencia es uno de los eventos más impactantes en la salud física y mental, el objetivo de este estudio teórico es discutir cómo la atención a la mujer víctima de violencia puede ser comprendida a partir de la Teoría de Myra Estrin Levine.

El cuidado de la mujer víctima de violencia desde la Enfermería

A partir del modelo de Levine, dentro del principio de la conservación de energía, el profesional podrá prestar atención a la mujer observando su potencia para animarla, ofrecer cuidado integral no centrado en la violencia, evaluar el restablecimiento de energía para sustentar sus actividades diarias, informar y alentar la ingestión de líquidos, a través del diálogo durante visitas domiciliarias y conferencias. Debe incentivar y estimular la buena alimentación, el sueño tranquilo, así como promover apoyo emocional, escuchando sus quejas, permitiendo que la paciente recupere su confianza y el equilibrio emocional.

Con respecto a la conservación de la integridad estructural, el profesional de enfermería puede recomendar actividades que disminuyan el cansancio, si lo hay, priorizar la cura de las marcas externas cuando se trata de agresiones físicas. También puede sugerir que la paciente no se quede mirándose al espejo, por ejemplo, de modo que pueda sentirse inferior o potenciar su movilización emocional ante los efectos corpóreos que marcan en su cuerpo la exposición a la violencia.

En lo que concierne a la conservación de la integridad personal, puede ofrecer una escucha activa, acoger de modo humanizado, transmitir confianza, rescatar la autoestima y la valorización propia de la mujer asistida, identificar respuestas para lidiar con la ansiedad, brindar informaciones de seguridad, además de contribuir para la adaptación y la recuperación de la situación vivenciada. Es fundamental que esa escucha pueda darse de modo empático y no solo prescriptivo y ajeno a las especificidades del relato de la paciente o de la situación vivenciada por ella. Es importante, también, que esa paciente pueda ser escuchada en psicoterapia, lo que no invalida el acogimiento de enfermería, sino por el contrario: potencia una red de acogimiento y de apoyo integrada.

En la conservación de la integridad social, los profesionales pueden fortalecer el rescate de las relaciones sociales, promover apoyo emocional a la mujer, estimular la práctica de ejercicios físicos e informar sus derechos de seguridad y de protección psicosocial. También pueden estimular los cambios en el estado de salud, ambiente y conflictos, y ayudar a superar e identificar situaciones que pueden ser solucionadas. En el campo ocupacional, pueden discutir sobre la vida profesional de la mujer victimada, buscando formas de reinsertarla en el mercado de trabajo, cuando sea el caso, y ayudando en el retorno gradual a sus actividades laborales. Ese proceso puede ocurrir, por ejemplo, a partir de visitas domiciliarias para el seguimiento del caso, por medio de llamadas telefónicas y atenciones online.

El profesional de enfermería también puede incentivar la alimentación saludable y la mejora de la calidad del sueño, ya que situaciones de miedo y ansiedad resultan frecuentes. De ese modo, instrucciones y orientaciones deben ser proporcionadas para la actual realidad de esa mujer, con el fin de retirar el foco de las agresiones vivenciadas, lo que no significa no abordar la cuestión de la violencia, sino acompañarla en el transcurso post

violencia. La enfermería debe actuar en la promoción de la salud de la mujer, verificando los aspectos más dolorosos y los puntos neurálgicos después del acogimiento.

La conservación de la integridad social consiste en el reconocimiento, por el profesional, de la paciente como un ser social, importando una interacción positiva con vistas al equilibrio emocional de esa mujer. Es importante fortalecerla para no dejar que ella se aisle de sus relaciones sociales, pues el contacto con los parientes y la red de apoyo social significativa pueden ayudar en la superación de la violencia, tornando el proceso de recuperación más rápido y mejor después del trauma provocado por las agresiones o por la denuncia de la violencia.

A partir de los cuatros principios anteriormente referidos por la teoría de Levine, la enfermería puede auxiliar a la mujer en la adaptación para superar la violencia vivenciada a partir de diferentes frentes de cuidado, tanto el de la atención más física como el de la rehabilitación psicosocial.^{16,19} La Enfermería debe apoyar la adaptación rápida y segura, pudiendo incluir acciones terapéuticas para el bienestar de la mujer. Como la teoría aborda que la cura del paciente puede ser por medio del ambiente. En ese caso, de la mujer víctima de violencia, se sugiere que el profesional de enfermería pueda ayudar para el cambio de ambiente cuando posible.

La teoría incentiva que esos profesionales estén preparados en cualquier situación que ocurra con las mujeres, ayudando siempre en su adaptación. El modelo en cuestión puede ser una base teórica y práctica para el enfermero en la atención en contextos de violencia contra mujer.

El equipo de enfermería y demás profesionales de salud necesitan tener conocimiento y sensibilidad para lidiar con las mujeres en esa condición, pues la mayoría de las víctimas recurren a sistemas formales de salud y de protección social. A diferencia de otros agravios a la salud, es imposible resolver esa problemática de forma sencilla, práctica, rápida y eficaz. El profesional enfermero debe estar apto para compartir sus sentimientos y emociones, teniendo como principal resultado de esa acción que la mujer se sienta amparada y sustentada, de modo que hable con claridad sobre sus miedos, angustias y sufrimientos, priorizando las demandas de atención a la salud.

En estudio realizado con profesionales de la atención básica, muchas veces la violencia es invisibilizada, con un bajo número de notificaciones de casos, falta de formación y capacitación de los profesionales de salud con relación a la complejidad del fenómeno.²⁰ Promover junto a estos profesionales competencias para la atención, así como una formación técnica sobre la violencia es esencial.

Las mujeres víctimas de violencia en el período gestacional se tornan más sensibles o fragilizadas, habida cuenta del hecho que ya enfrentan cambios físicos y psicológicos derivados del embarazo. La violencia vivenciada durante este período puede causar efectos nocivos, muchas veces, irreparables en el binomio madre-hijo.⁹

Se resalta, a partir del presente estudio, que debe realizarse la cualificación de los servicios de salud y de los profesionales actuantes para lidiar con esa temática en términos no solo de la asistencia en salud, sino también de su articulación con aspectos legales y psicosociales. Asimismo, existe falta de preparación para la identificación y el reconocimiento de la violencia, así como la deficiencia de las guías, formularios y fichas de atención que, en su formulación, la mayoría de las veces no están formateados para incluir tales cuestionamientos. Esos profesionales y sus respectivos sistemas de salud también deben estar alineados y en contacto constante con las redes de protección social, contribuyendo para que esas mujeres puedan realizar la denuncia de sus agresores, buscando romper con el ciclo de violencia y evitando otros resultados negativos, así como la reincidencia de la violencia.

Estos sistemas pueden incluir materiales de apoyo que no se enfoquen solamente en la queja del cliente, sino que además amplíen el diálogo entre el profesional y la mujer. La vinculación y el establecimiento de una relación de apoyo y de seguridad es fundamental en ese momento de mayor fragilidad.²⁰

La enfermería, atenta al modo como el ambiente se configura en el contexto de la atención a esas víctimas, debe estar comprometida con el desarrollo y el empleo de posturas sensibles y acogedoras para la mujer victimada. También los profesionales deben estar preparados para la prevención y para el manejo de situaciones de violencia.²¹ La inversión en entrenamientos específicos para el manejo de esos casos puede ser importante en el sentido de sensibilizar a los profesionales acerca de ese fenómeno y también estandarizar protocolos de atenciones que, de hecho, permitan a esa mujer una asistencia integral, con vistas no solo al restablecimiento de su salud, sino también de la garantía de sus derechos; entre ellos, la protección social por el Estado.

En el contexto brasileño, es importante resaltar que el gobierno del Estado de Paraná incorporó e implementó en 2012 el sistema de atención a la salud materno-infantil, la red Madre Paranaense.²² Este programa tiene propuestas para contemplar acogimiento y acompañamiento a la mujer en situación de violencia durante el embarazo y en el post parto, aunque deben ser insertados y explorada la forma de violencia en su planeamiento.

Para evitar la exposición al contagio por la Covid-19 en Brasil, el Ministerio de la Mujer, de la Familia y de los Derechos Humanos implantó plataformas digitales y aplicaciones para el recibimiento y la atención de las denuncias. La Defensoría Nacional de los Derechos Humanos recibe las denuncias enviadas por la propia víctima, u otras personas que conocen el caso, por medio de materiales de prueba, como audios, fotos y vídeos enviados por la propia víctima, o por parientes, vecinos y hasta incluso desconocidos.²³

Por último, resaltamos la importancia de la escucha cualificada que permita a la mujer exponer la violencia que viene enfrentando. La actuación en enfermería debe estar comprometida con la oferta de estrategias capaces no solo de tratar a la mujer que llega a la línea de cuidado con alguna lesión física o perjuicio psicológico derivado de su exposición a la violencia, pero instrumentando a esa cliente para la ruptura con el ciclo de violencia, lo que no puede ser conducido exclusivamente por la actuación en enfermería, sino por un cuidado que atraviese al hacer de diferentes profesionales y que supere a los sistemas de salud, dialogando directamente con las redes de protección social y con las redes de apoyo a esas mujeres. La enfermería, atenta a ese sistema, puede no solo articular esos diálogos con vistas a la promoción de un cuidado integral, sino también acompañar a la mujer en ese itinerario, brindándole los cuidados necesarios.

CONCLUSIONES

A partir de la reflexión presentada en este trabajo, se destaca que la teoría de Levine puede contribuir para el reconocimiento de la violencia contra la mujer. Existen formas de abordaje para el enfrentamiento de la violencia como subsidios para el acogimiento de la mujer en los servicios de salud. Se debe mantener la conservación de energía, incentivar el aliento a la mujer, ofreciendo fuerzas para la reacción y orientaciones al respecto de la red de asistencia. El profesional de enfermería, localizándose más cerca de las clientes en la red formal de asistencia en salud, puede desempeñar un importante papel en el enfrentamiento de esa problemática social y de salud pública, dialogando con diferentes conocimientos y contribuyendo para el refuerzo de una cultura constante de combate a la violencia contra la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Associação de Mulheres Contra a Violência. Avaliação e Gestão de Risco em Rede. Manual para Profissionais. Lisboa. 2013. Disponible en: http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/1436798180_gestao_risco_emar.pdf [acceso: 26/08/2021]. [[Links](#)]
2. Santos GG. Visualizando la persistencia de la violencia contra la mujer. Index de Enfermería 2019; 28(4):228. [[Links](#)]
3. Delzivo CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina-Brasil. Ciênc S Col. 2018; 23:1687-96. [[Links](#)]
4. Queiroz AL, Reis MC. Cultura do estupro e as decisões do judiciário brasileiro. Novos Direitos 2017; 4(2):74-89. [[Links](#)]
5. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=76D2EAFB26A784049BB111sequence=1 [acceso: 26/08/2021]. [[Links](#)]
6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 10º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016. São Paulo. 2016. Disponible en: https://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf [acceso: 26/08/2021]. [[Links](#)]
7. Rafael RMR, Moura ATMS, Tavares JMC, Ferreira REM, Camilo GGS, Neto M. Perfil das violências por parceiro íntimo em Unidades de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2017; 70(6):1259-67. [[Links](#)]
8. DataSenado. Violência doméstica e familiar contra a mulher. 2017. Disponible en: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia> [acceso: 26/08/2021]. [[Links](#)]
9. Santos SMAB, Oliveira ZM, Coqueiro RS, Santos VC, Anjos KF, Casotti CA. Prevalência e perfil de mulheres grávidas que sofreram violência física. Rev Pesq:Cuidado Fund. 2017; 9(2):401-7. [[Links](#)]
10. Okabayashi NYT, Tassara IG, Casaca MCG, Falcão AA, Bellini MZ. Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil-impacto do isolamento social pela Covid-19. Braz J Health Rev. 2020; 3(3):4511-31. [[Links](#)]
11. Silva LELD, Oliveira MLCD. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. Ciên S Col. 2015; 20:3523-32. [[Links](#)]
12. Albuquerque Netto L, Pereira ER, Tavares JMAB, Ferreira DDC, Broca PV. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. Rev Min Enf. 2018; 22:e-1149. [[Links](#)]
13. Brigidi S, Birosta, J. La sensibilización en temas de violencias de género en estudiantes de Enfermería. Index de Enfermería 2020; 29(1-2):69-3. [[Links](#)]
14. Leonard MK. Myra Estrin Levine. Em: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000. Pp. 159-68. [[Links](#)]
15. Pinto AC, Garanhani ML, França TE, Pierotti I. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. Pro-Pos. 2017; 28(1):88-110. [[Links](#)]
16. Bezerra MB, Paulo APDS, Medeiros HRL, Rodrigues ESRC. (2019). Violência de gênero e suas consequências na saúde da mulher. Temas Saúde. 2019; 19(5):376-91. [[Links](#)]
17. Nursing Development Conference Group. Concept formalization in nursing: Process and product. Little, Brown. 1973. [[Links](#)]
18. Levine ME. The conservation principles: a retrospective. Nurs Sc Quart. 1996; 9(1):38-41. [[Links](#)]
19. Vieira LB, Souza IEDO, Tocantins FR, Pina-Roche F. Support to women who denounce experiences of violence based on her social network. Rev Lat-Am Enf. 2015; 23(5):865-73. [[Links](#)]
20. Tsukamoto SAS, Galdino MJQ, Robazzi MLDCC, Ribeiro RP, Soares MH, Haddad MDCFL, Martins JT. Violência ocupacional na equipe de enfermagem: prevalência e fatores associados. Acta Paul Enf. 2019; 32(4):425-32. [[Links](#)]
21. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad S Púb. 2013; 29:1230-40. [[Links](#)]
22. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia rede mãe paranaense. Curitiba-PR. 2014. Disponible en: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sesa_pr/mae_paranaense_linha_gui.pdf [acceso: 26/08/2021]. [[Links](#)]

23. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Rev Bras Epidemiol. 2020; 23:e200033. [[Links](#)]

Recibido: 16 de Abril de 2021; Aprobado: 26 de Agosto de 2021

CORRESPONDENCIA: beatrizsantiago1994@hotmail.com (Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro)



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Calle San Jerónimo, 5, 5º B, Granada, Granada, ES, 18001, (34)958 293 304



secretaria@ciberindex.com