

# Gestão de cuidados da pessoa com histórico de violência sexual e/ou doméstica: guia para fisioterapeutas



**ABRAFISM**  
Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher



**CREFITO-8**

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

Gestão de cuidados da pessoa com histórico de  
violência  
sexual e/ou doméstica: guia para fisioterapeutas  
[livro eletrônico] / organização Conselho Regional  
de  
Fisioterapia e Terapia Ocupacional - 8º Região  
(CREFITO-8), Associação Brasileira de Fisioterapia  
na  
Saúde da Mulher (ABRAFISM). -- Belém, PA :  
Associação  
Brasileira de Fisioterapia em saúde da mulher,  
2021.  
PDF

Bibliografia  
ISBN 978-65-991500-7-4

1. Fisioterapia 2. Saúde pública 3. Violência  
contra mulheres 4. Violência doméstica 5. Violência  
sexual  
I. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional - 8º Região (CREFITO-8). II. Associação  
Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher  
(ABRAFISM).

21-92740

CDD-615.82

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Fisioterapia : Violência sexual e doméstica :  
Ciência médicas 615.82

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

# SUMÁRIO



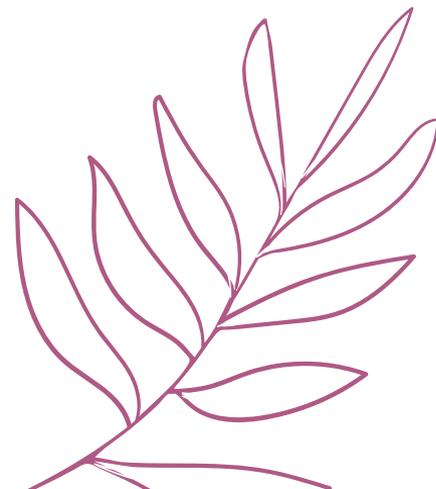
Apresentação	03
Violência	04
Sinais relacionados a violência sexual e/ou doméstica	06
Quais são os tipos de reações após o trauma?	07
Como reagir a um relato de abuso?	08
Como administrar os sintomas tardios da violência sexual e/ou doméstica?	10
Sinais que podem indicar que o paciente está em situação de violência sexual e ou doméstica?	18
Outras orientações	19
Recomendações gerais	22
Quando denunciar	23
Como denunciar	24
Referências	26

# APRESENTAÇÃO

O intuito desse guia é facilitar a relação entre o fisioterapeuta e o paciente com histórico de violência sexual e/ou doméstica.

Este é um guia de cuidados para que fisioterapeutas possam identificar de forma mais adequada o comportamento de pessoas com histórico de violência sexual e/ou doméstica; auxiliar o próprio fisioterapeuta a lidar com os pacientes com esse históricos; e encorajar seu paciente a administrar de uma forma mais adequada seu comportamento e buscar uma abordagem interprofissional.

Ao longo do texto, algumas reações frequentes dos pacientes são descritas sendo exemplificada a melhor forma do fisioterapeuta lidar com cada uma delas. Conforme você avança nas páginas, tente pensar em situações reais, que você já viveu e como as orientações poderiam auxiliar de alguma forma.



# VIOLÊNCIA

“Segundo a OMS, violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.”



## Violência Sexual

Qualquer ato ou tentativa de consumir um ato sexual independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer âmbito, compreendendo o estupro, a penetração mediante coerção física, da vulva ou ânus com um pênis, outra parte do corpo ou objeto.

## Violência doméstica

Quando ocorre em casa, no ambiente doméstico, ou em uma relação de familiaridade, afetividade ou coabitação.



# SINAIS RELACIONADOS A VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA

• Muitas reações associadas ao histórico de violência sexual e/ou doméstica são mecanismos naturais de defesa para manutenção da segurança. **O corpo e a mente estão reagindo a lembrança e/ou inconsciência de uma situação perigosa**, desta forma, entenda alguns mecanismos de proteção reproduzidos pela lembrança do trauma:

- Medo e raiva podem ser sentimentos de proteção;
- Desconfiança e esquecimento podem ser pensamentos protetores;
- Isolamento e mudanças de comportamentos podem ser indícios de proteção.

• Esses possíveis **mecanismos de defesa por parte da vítima podem ser frequentes, mesmo muito tempo após o ocorrido**. Assim, este guia irá orienta-lo(a) a olhar para essas reações e pensar nas maneiras úteis para você, fisioterapeuta, enfrentá-las e identificar quais oferecem um risco iminente à vida do paciente ou ao processo de cura e aderência ao tratamento.

## Relembre a você mesmo:

- As reações de agressividade **em pacientes com histórico e/ou em situação de abuso** não são pessoais e muitos não sabem que sofreram violência, mesmo assim são reativos.
- Sempre leve em consideração as queixas e sentimentos dos seus pacientes.
- Não exija tanto e tão rápido de seus pacientes.

# QUAIS SÃO OS TIPOS DE REAÇÕES APÓS O TRAUMA?

Muitas crianças e adultos não podem descrever o que estão sentindo ou não sabem identificar as suas emoções. Desta forma, cabe ao **Fisioterapeuta traduzir comportamentos** de agressividade, desconfiança, congelamento entre outros, como um comportamento de proteção contra novos abusos.

Quadro 1. Aspectos físicos e comportamentais decorrentes da violência sexual e doméstica.

COMPORTAMENTO DE FUGA	COMPORTAMENTO DE LUTA	COMPORTAMENTO DE CONGELAMENTO	COMPORTAMENTO DE LISONGEADOR	ASPECTOS FÍSICOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atividades realizadas em demasia, como: se tornar workaholic, treinamento físico etc.</li><li>• Pensar demais</li><li>• Ansiedade e pânico</li><li>• Dificuldade de ficar parado</li><li>• Perfeccionismo</li><li>• Dificuldade de relaxar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamento explosivo</li><li>• Comportamento controlador</li><li>• Narcisismo</li><li>• Complexo de perseguição</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inércia</li><li>• Indecisão</li><li>• Apego</li><li>• Dissociação</li><li>• Isolamento</li><li>• Pouca sensibilidade emocional</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de agradar as pessoas</li><li>• Perda de identidade</li><li>• Dificuldade de impor limites</li><li>• Ficar sobrecarregado</li><li>• Co-dependência</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tensão nos músculos</li><li>• Fadiga, asma, bronquite</li><li>• Depressão, ansiedade, pouca vontade de fazer qualquer coisa</li><li>• Hiperatividade</li><li>• Boca seca</li><li>• Diminuição da imunidade</li><li>• Sintomas ginecológicos e gastrintestinais</li><li>• Aperto no peito</li><li>• Frequência cardíaca aumentada, hipertensão</li><li>• Dores crônicas entre outras dores</li><li>• Lesão corporal (hematomas)</li></ul>

# COMO REAGIR A UM RELATO DE ABUSO?

1. Muitas pessoas com histórico de violência mostram-se desconfortáveis em falar sobre o assunto, ou não tem consciência sobre o fato. Entretanto, devemos estar preparados para **receber as informações de forma mais acolhedora**, quando for compartilhada.
2. Em primeiro lugar, **acredite na pessoa e aceite o que você ouve sem julgamento**. Reconheça que a pessoa passou por um trauma e escute com calma e paciência, sem expressar emoções como susto, indignação etc e sem ficar interrompendo o momento da pessoa.
3. **Respeite** o direito do indivíduo de decidir **se ele deve ou não denunciar a agressão à polícia**.
4. Reforce à pessoa que não é culpa dele(a). É importante **não fazer perguntas do tipo "por que"**, como "Por que você estava naquela região aquela hora?" que sugerem que ela ou ele é o culpado pela agressão.
5. **Entenda que você não pode controlar como a pessoa se sente ou "consertar" o problema**. Todos reagem de maneira diferente à agressão sexual e se curam em seu próprio ritmo.
6. Seja um(a) **bom/boa ouvinte e seja paciente**. Deixe a pessoa saber que você está ao seu lado quando estiver pronto(a) para falar, não pressione para obter informações. Deixe que ele(a) lhe diga como se sente confortável em compartilhar em seu próprio tempo.
7. Apoie as decisões e escolhas sem fazer julgamentos. **Tente não dizer o que fazer**; em vez disso, ajude apresentando opções e recursos para que ele(a) tome a decisão certa para ele(a).
8. Respeite a necessidade de **privacidade**.
9. **Não sugira que "siga em frente"** com sua vida e se esqueça da violência ou abuso. Existem efeitos imediatos e de longo prazo do abuso. O processo de cura será diferente para cada indivíduo.

## O que dizer

- Isso deve ser bem difícil para você.
- Obrigada por ter confiado a mim sua história;
- É compreensível que você se sinta assim;
- Você não está ficando louco (a);
- Não foi sua culpa, você fez o melhor que pôde;
- As coisas podem melhorar e você poderá se sentir melhor. Há profissionais que podem te ajudar neste processo (psicólogos e psiquiatras).



## O que não dizer

- Poderia ter sido pior;
- Mantenha a sua cabeça ocupada;
- Eu sei exatamente como você se sente;
- Você precisa seguir com sua vida.



# COMO ADMINISTRAR OS SINTOMAS TARDIOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA?

Experiências traumáticas de abuso e violência exercem influência na percepção do mundo, saúde e comportamento da pessoa traumatizada. O Fisioterapeuta nesses casos precisa identificar eventos e situações individuais e encontrar alternativas de abordagem.

Em geral, o trauma pode desenvolver as seguintes características comportamentais as quais devemos ficar atentos: hipervigilância, gatilhos emocionais, desconfiança com figuras de autoridade, dissociação, agressividade entre outros.

Sintomas do TEPT (Transtorno de Estresse Pós Traumático) pós violência sexual:

**isolamento;**

**paranóia ou hipervigilância;**

**irritabilidade ou agressão;**

**sentimento de culpa;**

**comportamento de risco.**



# GATILHOS EMOCIONAIS

Estudos mostram que após o estresse pós traumático o corpo continua a se comportar como se estivesse em uma situação de risco, mesmo anos depois do ocorrido. Quando o corpo traumatizado experiencia situações que relembram o trauma, o corpo reage de uma forma condicionada de proteção, ocorrendo o processo de retraumatização, chamados gatilhos emocionais. Os gatilhos são frequentemente manifestados pelo cheiro, visão, sabor, som/palavras e toque.



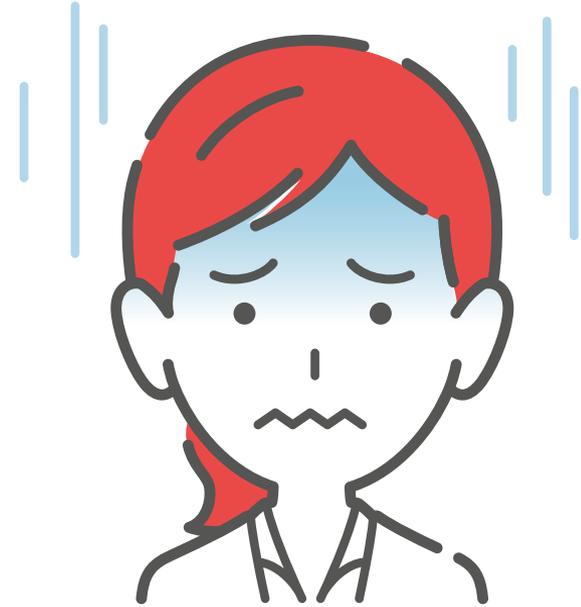
## Vamos ver alguns desses sintomas?

- Evite frases como: confia em mim, está tudo bem, relaxa. Prefira, explicar o procedimento antes e durante o tempo de realização, e use frases como “você está seguro(a) aqui”;
- Evite falar alto, tom irritado ou impaciente;
- Evite movimentos bruscos;
- Evite ficar atrás do paciente;
- Manter-se sempre na mesma altura que o paciente;
- Toque sempre com autorização.

# HIPERVIGILÂNCIA

Vamos ver alguns desses sintomas?

É um estado de vigilância constante, comumente descrito como luta e fuga, onde existe um aumento da possibilidade de reações agressivas, impulsivas e de capacidade violenta. O paciente apresenta dificuldade de relaxar, regiões de tensão no corpo, e sentimento que está sendo passado para trás o tempo inteiro.



# AGRESSIVIDADE

Sinais os quais o fisioterapeuta deve estar atento para prevenir crises de agressividade.

Vamos ver alguns desses sintomas?



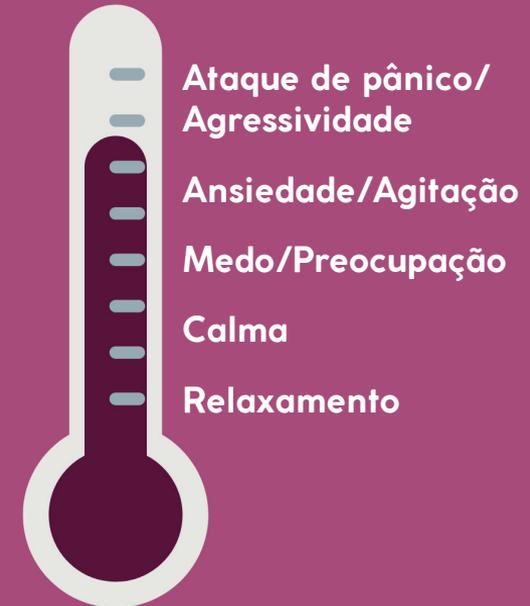
Sinais da iminência da crise de agressividade

\*FC: frequência cardíaca  
\*PA: pressão arterial

# COMO PREVENIR E ADMINISTRAR CRISES DE AGRESSIVIDADE?

- O desafio para todos nós é desenvolver a consciência de que a **raiva** por parte do paciente vítima de uma história de violência **está presente antes de se traduzir em uma ação por meio de agressão física ou verbal.**

Termômetro do sistema emocional



# Em uma crise de agressividade, como agir a fim de manter a integridade do Fisioterapeuta, dos demais pacientes e funcionários, além de proteger o paciente dele mesmo?

Quadro 2. Como agir em uma crise de agressividade.

## O que fazer:

- Fique calmo e controle suas emoções;
- Adote uma postura corporal passiva e não ameaçadora (por exemplo, mãos ao lado do corpo com as palmas vazias voltadas para a frente, corpo em um ângulo de 45 graus em relação ao agressor);
- Deixe o paciente expressar seus sentimentos e valide-os;
- Faça perguntas abertas para manter o diálogo;
- Seja flexível, dentro do razoável;
- Use o espaço para autoproteção (posicione-se próximo à saída, não sobrecarregue o paciente);
- Certifique-se de que outros pacientes estejam fora de perigo.

## O que não fazer:

- Desafiar ou ameaçar o(a) paciente pelo tom de voz, olhos ou linguagem corporal;
- Dizer coisas que aumentarão a agressão;
- Gritar, mesmo que o(a) paciente esteja gritando com você;
- Virar as costas para o(a) paciente;
- Apressar o(a) paciente;
- Discutir;
- Ficar por perto se o(a) paciente não se acalmar;
- Ignorar ameaças verbais ou avisos de violência;
- Tolerar violência ou agressão;
- Tentar desarmar uma pessoa com uma arma ou lutar sozinho.

# DESCONFIANÇA COM FIGURAS DE AUTORIDADE

A desconfiança com figuras de autoridade tem origem a partir da história de violência e abusos serem cometidos por pessoas com nível hierárquico superior a vítima ou por figuras de confiança como parentes, líderes religiosos, chefes, profissionais da saúde entre outros.

Essa desconfiança não deve ser considerada uma afronta pessoal, pois o gatilho emocional força a vítima de violência a examinar constantemente as pessoas e situações em geral em busca de evidências de que são confiáveis e que o abuso não se repetirá. É crucial que o profissional assegure verbalmente que ele está em um espaço seguro, estabeleça medidas de conforto, compartilhe o controle do atendimento e seja transparente em relação a verdade.



## Vamos ver alguns desses sintomas?

### O que fazer:

- Convide sempre um acompanhante até que se sinta seguro;
- Descreva o atendimento e/ou procedimentos antes das sessões, por email, whatsapp, cartilha etc;
- Não suponha que por ser homem está confortável em tirar a camisa, ofereça essa opção;
- Não suponha que uma mulher por ser mastectomizada está confortável em tirar a camisa, ofereça essa opção;
- Não realize duas atividades ao mesmo tempo;
- Valide os sentimentos e pensamentos do seu paciente (medo, dor, insegurança...);
- Compartilhe as decisões do tratamento, peça ajuda com os instrumentos e pergunte a sua opinião.



# ESTADOS DISSOCIATIVOS

Esse padrão de comportamento envolve uma sensação de separação de si mesmo, os pacientes que fazem acompanhamento psicológico e conseguem identificar o seu padrão dissociativo descrevem como, “**observo o meu corpo como se estivesse fora dele**”. Frequentemente, apresentam **problemas de memória, dão muita atenção a detalhes** e bloqueiam outros aspectos, alta resistência a dor, **pouca consciência corporal**, apresentam **respiração superficial, dificuldade de estabelecer limites** e identificar as suas próprias emoções.



Vamos ver alguns desses sintomas?

O que fazer:

- Repita diversas vezes as orientações, entregue escrito quando for preciso;
- Estimule a consciência corporal;
- Mantenha a sua atenção no presente;
- Estimule o auto toque e automassagens.



# SINAIS QUE PODEM INDICAR QUE O PACIENTE ESTÁ EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E OU DOMÉSTICA?

- Observe como o paciente fala sobre as pessoas com quem convive;
- Observe como o paciente se comporta ao falar sobre as pessoas com quem convive;
- Observe a postura que o paciente adota ao falar das pessoas com quem convive;
- Se atente ao que o paciente omite no discurso;
- Observe a presença de lesões e hematomas e a frequência com que isso acontece.



# OUTRAS ORIENTAÇÕES

## Como lidar ao tocar o paciente?

O toque tem uma importante função terapêutica no tratamento de doenças, alívio da ansiedade e dor, entretanto, apesar de também ser uma ferramenta de comunicação social importante, **o toque de pessoas desconhecidas pode desencadear sentimentos como medo, raiva, nojo, felicidade e tristeza.** Desta forma, algumas abordagens de preservação da dignidade e da retraumatização em relação ao toque devem ser inseridas na prática.



### O que fazer:

- Pedir sempre autorização para realizar o toque (encostar na paciente);
- Perguntar se o paciente se sente confortável em remover a peça de roupa;
- Explicar e pedir autorização sempre antes de realizar o procedimento;
- Combinar sempre o que vestir e qual parte do corpo será exposta durante a sessão;
- Sempre deixar a parte do corpo que não será avaliada coberta.

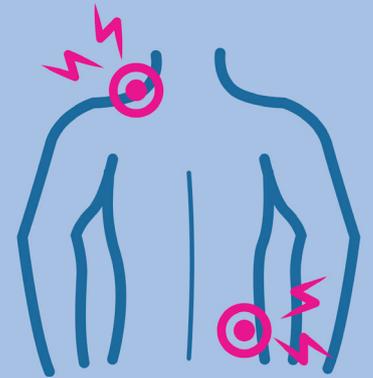
# COMO LIDAR COM A DOR EMOCIONAL?

A dor é uma sensação pessoal e subjetiva, nesse contexto, a história de um **trauma pode influenciar diretamente a forma como o sujeito lida com a sua dor**, portanto, essa perspectiva deve ser considerada com uma atenção especial, pois o(a) paciente pode ter **estados de congelamento onde apresenta um excesso de resistência a dor, ou processos dolorosos de raiz psicogênica.**

Esse comportamento, de uma forma geral, pode influenciar no desenrolar do tratamento e acabar piorando o estado geral.

## O que fazer:

- Entenda que a cura não é linear;
- Valide os ganhos e os retrocessos do tratamento;
- Atenção ao excesso de passividade e resistência a dor;
- Não esqueça, a dor de origem psicogênica é uma dor real.



# É IMPORTANTE MOSTRAR CONHECIMENTO SOBRE VIOLÊNCIA E AS SUAS REPERCUSSÕES

Isso mostra sensibilidade e habilidades para lidar com as situações difíceis e com a necessidade de evitar a retraumatização, **facilita a abertura do paciente sobre o tema, suas queixas e como cada uma delas pode influenciar no seu tratamento.**



## Abordagem:

- Deixar cartaz, livro ou mesmo este guia à vista;
- Compartilhe informações sobre o tema em suas redes sociais.

# RECOMENDAÇÕES GERAIS

É importante que os profissionais de saúde:

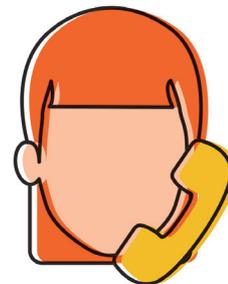


- Reconheçam a prevalência e o efeito do trauma acarretado pela violência nos pacientes e na equipe de saúde e incorporem abordagens informadas sobre o trauma para a prestação de cuidados.
- Familiarizem-se com o modelo de atendimento informado sobre o trauma e se esforcem para implementá-lo em todos os níveis de sua prática, com muita atenção para evitar a estigmatização e priorizar a resiliência.
- Construa uma força de trabalho informada sobre traumas, treinando suas equipes.
- Sentimentos de segurança física e psicológica são fundamentais para relações de cuidado eficazes com pessoas com histórico de violência.
- Crie um ambiente físico e emocional seguro para pacientes e equipe.
- Implemente a triagem universal para traumas atuais e história de traumas.

REF. ACOG, 2021 (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas)

# QUANDO DENUNCIAR

- **SE** você identificou que seu paciente está em situação de violência **DENUNCIE**.
- Se conhece alguém que pratica violência, você também é responsável por **DENUNCIAR**.
- **SE** você profissional sofre ou sofreu violência de outro colega ou de seu paciente **DENUNCIE**.
- As denúncias podem ser feitas para a Polícia pelo telefone 180 e ao Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de sua região.



# COMO DENUNCIAR?

## QUADRO 3

Lista de serviços (adaptada de acordo com o disponível em cada localidade)



### Assistência Social

- Centros de Referência Especializados de Atendimento à Mulher
- CRAS e CREAS
- Casas abrigo para mulheres em situação de violência, paracrianças e adolescentes, para idosos, população refugiada/migrantes



### Saúde

- Hospitais de referência para atendimento de violência sexual
- Postos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde
- Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS)



### Organismos Governamentais e Conselhos

- Organismos de Políticas para Mulheres/Crianças e Adolescentes/Idosos/Direitos Humanos ou Desenvolvimento Social
- Conselho dos Direitos das Mulheres/Conselhos Tutelares



### Segurança Pública

- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher/ Criança e adolescente/Pessoa idosa/Delegacias de Polícia
- Polícia Militar/Patrolha Maria da Penha
- Guarda Municipal/Patrolha Maria da Penha



**Entidades** da Sociedade Civil que atendam mulheres em situação de violência (crianças, adolescentes, idosas, pessoas com deficiência, refugiadas)



### Sistema de Justiça

- Núcleos Especializados no Ministério Público/ Promotorias Especializadas
- Núcleos Especializados na Defensoria Pública/ Defensorias Especializadas
- Coordenadorias da Mulher TJ/ Juizados e Varas de Violência Doméstica

[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Diretrizes-para-atendimento\\_ONUMULHERES.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Diretrizes-para-atendimento_ONUMULHERES.pdf)

Pasinato, W.; Yamamoto, A.; Ferracini, M.C.; Querino, A.C.; Pereira, A.C.J.; Vitório, R. DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO EM CASOS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MENINAS E MULHERES EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19. ONU Mulheres, Brasil, 2020

# CASO VOCÊ QUEIRA LER MAIS SOBRE O TEMA, ACESSE:

- <https://www.onumulheres.org.br>
- <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/dados-e-indicadores/violencia-sexual>
- <https://www.futura.org.br/projetos/crescersemviolencia/>
- [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820)



# REFERÊNCIAS



- Paho. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820) Acessado em 09 de Março de 2021.
- Van der Kolk, B. The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma, APA, 6 ed, 2014.
- Lang AJ, Rodgers CS, Laffaye C, Satz LE, Dresselhaus TR, Stein MB. Sexual trauma, posttraumatic stress disorder, and health behavior. *Behav Med (Washington, DC)* 2003;28(4):150–158.
- Santaularia J et al. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC public Health*. 2014. 14:1286.
- Black MC, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
- Knutson KL, Ryden AM, Mander BA, Van Cauter E. Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2006;166(16):1768–1774.
- Taheri S. The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. *Arch Dis Child*. 2006;91(11):881–884.
- Campbell R et al. Gynecological health impact of sexual assault. *2006. Research in Nursing & Health* 29(5):399-413
- Iribarren J, Prolo P, Neagos N, Chiappelli F. Post-traumatic stress disorder: evidence-based research for the third millennium. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2005 Dec;2(4):503-12.
- Hansard K. Supporting Survivors of Sexual Abuse Through Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives, Doulas and Other Healthcare Professionals. Ed Singing Dragon, 2020.
- Foundations For Men A Group Program Manual For Working With Men Sexually Abused In Childhood, Foundations: Group program for men who experienced childhood sexual abuse. Edition 2016
- Marel C, Mills KL, Kingston R, Gournay K, Deady M, Kay-Lambkin F, Baker A, Teesson M. (2016). B6: Aggressive, angry or violent behaviour. In Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings (2nd edition), pp. 181-182. Sydney, Australia
- 12 Schachter, C L et al. Handbook on Sensitive Practice for Health Care Practitioners: Lessons from Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. 2008, Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of Therapeutic Touch in Patients with Cancer: a Literature Review. *Med Arch*. 2016 Apr;70(2):142-7.
- Robinson J, Biley FC, Dolk H. Therapeutic touch for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;2007(3):CD006240.
- Monroe CM. The effects of therapeutic touch on pain. *J Holist Nurs*. 2009 Jun;27(2):85-92.
- Hertenstein M.J., Holmes R., McCullough M., Keltner D. The communication of emotion via touch. *Emotion*. 2009;9:566–573.
- DA SILVA, José Aparecido; RIBEIRO-FILHO, Nilton Pinto. A dor como um problema psicofísico. *Rev. dor, São Paulo*, v. 12, n. 2, p. 138-151, June 2011.
- Lefebvre MF: Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1881; 49(4): 517–525.
- Hobbins, D. (2004). Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(4), 485-97.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013
- Michal M, Koechel A, Canterino M, et al.: Depersonalization disorder: disconnection of cognitive evaluation from autonomic responses to emotional stimuli. *PLoS One* 2013; 8:e74331
- Caring for patients who have experienced trauma. ACOG Committee Opinion No 825. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2021;137:e94-9.
- Pasinato W, Yamamoto A, Ferracini MC, Querino AC, Pereira, ACJ, Vitorio R. DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO EM CASOS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA MENINAS E MULHERES EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19. ONU Mulheres, Brasil, 2020.

- **Entidade Promotora:** Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 8º Região (CREFITO-8) e Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher (ABRAFISM).
- **Organizadoras:** Wáleska Oliveira Modesto, Rubneide Barreto Silva Gallo, Gislaíne Bonete da Cruz e Sibeles de Andrade Melo Knaut (Membros do Grupo de Trabalho de Fisioterapia na Saúde da Mulher do CREFITO-8, representantes da ABRAFISM).
- **Colaboradoras:** Cristine Homsí Jorge Ferreira, Amanda Magdalena Ferroli-Fabricio, Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes, Lillian Rose de Souza Mascarenhas.
- **Diagramação:** André Neves – Depto de Comunicação - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª região (CREFITO-8)
- **Diretoria CREFITO-8 – GESTÃO 2019-2023**
- **Presidente:** Dra. Patrícia Rossafa Branco. **Vice-Presidente:** Dra. Marcia Maria Kulczycki. **Diretora-Secretária:** Dra. Elfi Gusava. **Diretora-Tesoureira:** Dra. Rúbia Márcia Benatti. **Conselheiros Efetivos:** Dra. Cláudia Andréia Bauer dos Santos, Dr. João Eduardo de Azevedo Vieira, Dra. Giorgia Caroline Mendes, Dra. Marciane Maria Kulczycki e Dra. Sibeles de Andrade Melo Knaut. **Suplentes de Conselheiros:** Dra. Ana Cristina Roesler, Dr. Andrey Rogério Campos Golias, Dr. Cleiton José Teml, Dr. Carlos Alberto Mendes Xavier, Dra. Patrícia Luciane Santos de Lima, Dr. Richard Wagner Züge e Dra. Vanessa Erthal.

- **Diretoria ABRAFISM – GESTÃO 2018-2021**
- **Presidente:** Dra. Lillian Rose de Souza Mascarenhas. **Vice-Presidente:** Dra. Elza Baracho. **Secretaria Geral:** Dra. Leila Maria Alvares Barbosa. **Diretora Administrativa:** Dra. Rubneide Barreto Silva Gallo. **Diretora Cultural:** Dra. Amanda Magdalena Ferroli Fabricio. **Diretora de Defesa Profissional:** Dra. Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes. **Diretora de Comunicação:** Dra. Anna Lygia Barbosa Lunardi. **Diretora Tesoureira:** Dra. Thaiana Bezerra Duarte. **Diretora Científica:** Dra. Cristine Homsí Jorge Ferreira. **Conselho Fiscal:** Dra. Néville Ferreira Fachini de Oliveira, Dra. Belisa Duarte e Dra. Lícia Santos Santana. **Suplentes do Conselho Fiscal:** Dra. Ana Carolina Sartorato Beleza e Dra. Leonilde Santos. **Diretora Secretária:** Ana Carolina Rodarti Pitangui

