

Violência doméstica e adoecimento: desafios dos profissionais de enfermagem na notificação obrigatória

Domestic violence and illness: challenges for nursing professionals in mandatory notification

Violencia doméstica y enfermedad: desafíos de los profesionales de enfermería en la notificación obligatoria

 **Neusa Gomes Rodrigues¹**

 **Tamara Tomitan Richter²**

 **Joelma Crista Sandri Bonetti²**

 **Tânia Maria Gomes da Silva²**

¹Faculdade Senac.
Maringá, PR, Brasil.

²Universidade Cesumar.
Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Tamara Tomitan Richter
tamara.richter@hotmail.com

Submissão: 27 mar 2025

Aceite: 11 jun 2025

RESUMO. Objetivo: o objetivo deste artigo é analisar o comprometimento dos profissionais graduados em enfermagem com o cumprimento da Lei nº10.778/2003. **Método:** tratou-se de pesquisa qualitativa envolvendo 20 profissionais da enfermagem, atuantes na 10ª Regional de Saúde do Paraná, englobando a cidade de Cascavel e municípios circunvizinhos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por áudio de WhatsApp, devido à epidemia de Covid-19. Utilizou-se análise de conteúdo para exame do *corpus* documental, que foi codificado, categorizado e interpretado à luz das teorias de gênero. **Resultados:** os resultados mostraram que há noções estereotipadas sobre os direitos das mulheres que comprometem a prática da notificação, ainda que a maioria dos profissionais reconheçam o caráter adoecer da violência doméstica. **Conclusão:** sugere-se que a matriz curricular dos cursos da saúde dê maior atenção à intersecção entre violência e adoecimento.

Descritores: Adoecimento; Profissionais de enfermagem; Violência doméstica.

ABSTRACT. Objective: the objective of this article is to analyze the commitment of nursing graduates to complying with Law No. 10,778/2003. **Methods:** this was a qualitative research involving 20 nursing professionals, working in the 10th Health Region of Paraná, encompassing the city of Cascavel and surrounding municipalities. Semi-structured interviews were carried out via WhatsApp audio, due to the Covid-19 epidemic. Content analysis was used to examine the documentary corpus, which was coded, categorized and interpreted in light of gender theories. **Results:** the results showed that there are stereotypical notions about women's rights that compromise the practice of notification, even though most professionals recognize the sickening nature of domestic violence. **Conclusion:** it is suggested that the curricular matrix of health courses pay greater attention to the intersection between violence and illness.

Descriptors: Illness; Nurse Practitioners; Domestic violence.

RESUMEN. Objetivo: el objetivo de este artículo es analizar el compromiso de los graduados en enfermería con el cumplimiento de la Ley nº 10.778/2003. **Métodos:** se trató de una investigación cualitativa que involucró a 20 profesionales de enfermería, que actúan en la 10ª Región Sanitaria de Paraná, que abarca la ciudad de Cascavel y municipios circundantes. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron vía audio de WhatsApp, debido a la epidemia de Covid-19. Se utilizó el análisis de contenido para examinar el corpus documental, que fue codificado, categorizado e interpretado a la luz de las teorías de género. **Resultados:** los resultados mostraron que existen nociones estereotipadas sobre los derechos de las mujeres que comprometen la práctica de la notificación, aunque la mayoría de los profesionales reconocen la naturaleza repugnante de la violencia doméstica. **Conclusión:** se sugiere que la matriz curricular de las carreras de salud preste mayor atención a la intersección entre violencia y enfermedad.

Descriptores: Enfermedad; Enfermeras Practicantes; Violencia doméstica.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica é um problema global de saúde pública que atinge mulheres de todas as raças, classes e nacionalidades⁽¹⁾. No Brasil, a Lei nº11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, define a violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”⁽²⁾. Trata-se de uma prática perversa e que compromete demasiadamente a qualidade de vida e saúde das mulheres, atingindo a todas as pessoas que convivem nestes ambientes tencionados, especialmente crianças e adolescentes⁽³⁾.

A validação do paradigma biopsicossocial da Medicina, conceito amplo que conjuga aspectos biológicos, psicológicos e sociais para o entendimento do processo saúde-adoecimento⁽⁴⁾ clarificou a violência envolvendo mulheres como responsável pelas elevadas taxas de morbimortalidade feminina, independentemente da tipologia em que se apresentem: física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial⁽⁵⁾. É consensual nos estudos, informes e relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS), que as mulheres que sofrem violência podem apresentar, além das sequelas visíveis, como quebras, queimaduras ou deslocamento ocular, também cefaleias, dores generalizadas pelo corpo, síndrome do intestino irritável, obesidade, depressão, ansiedade, fobias, ideação suicida, problemas na gestação e no parto, e muitos outros agravos^(5,6). Adicionalmente, estudos reforçam que elas também utilizam mais medicamentos, notadamente antidepressivos, realizam mais cirurgias e procuram mais frequentemente os serviços de saúde do que as que não enfrentam tal situação⁽⁷⁾.

Frente a isso, admite-se que globalmente os dados da violência contra mulheres são preocupantes. Em nível global, cerca de 35% das mulheres já foram expostas a algum tipo de violência, sendo os parceiros ou ex-parceiros íntimos os principais agressores⁵. No Brasil, 40,7% da população feminina com 16 anos ou mais já estiveram expostas a violência por parte de parceiros ou ex-parceiros íntimos, sendo agressão física (26,7%), agressão psicológica (12,8%), agressão sexual (21,1%). Além disso, 10,3% das brasileiras tiveram negado o acesso à assistência médica, comida ou dinheiro. As pretas e pardas apresentaram vulnerabilidade à violência: foram 37,8% agressões contra as brancas e 41,9% contra as negras⁽⁸⁾.

A Atenção Básica é a porta de entrada no sistema de saúde para as mulheres que sofrem violência no Brasil. Medo, vergonha e, inclusive, ideação suicida marcam suas vidas, evidenciando a importância dos profissionais de saúde. Estes devem agir com sensibilidade e estabelecer uma ponte de confiança com as usuárias; o que não se dá de forma imediata e, com o agravante, de muitos não terem suficiente preparo para este acolhimento⁽⁹⁻¹¹⁾.

Como a violência não compõe o quadro nosológico tradicional das doenças muitas queixas que podem estar relacionadas à exposição à violência terminam tratadas sem que os profissionais

reflitam sobre essa possibilidade. A dificuldade de compreender como determinadas patologias podem ser consequência de exposição à violência pode se dar em razão da grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde não contemplarem discussões mais aprofundadas sobre violência interpessoal e saúde. Outra causa ainda, é a ausência de protocolos claros que enfoquem os procedimentos que envolvem como cuidar da saúde de pessoas expostas à violência doméstica⁽¹²⁾. Por fim, vale mencionar o desconhecimento de muitos profissionais da saúde acerca da Lei nº10.778/2003, que determina a obrigatoriedade de notificação compulsória ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de todos os casos em que houver indícios ou confirmação da violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados⁽¹³⁾.

Esse desconhecimento compromete, adicionalmente, a aplicabilidade da Lei nº 13.391, promulgada em 2019, que prevê, além da notificação, a obrigatoriedade de comunicação do agravo à autoridade policial, em até 24 horas, de todos os casos de violência contra as mulheres atendidos no setor público e privado de saúde⁽¹⁴⁾. Observa-se que, embora ambas as leis evidenciam o papel relevante dos profissionais da saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres, há um longo caminho a ser percorrido para que estes possam ter uma ação mais propositiva.

O objetivo deste artigo é analisar o comprometimento dos profissionais da saúde (enfermeiros/as) com o cumprimento da Lei nº10.778/2003. Adicionalmente, analisa as representações sociais destes profissionais e as práticas de cuidado adotadas no atendimento às usuárias que buscam o serviço devido a tal demanda.

MÉTODOS

Tratou-se de pesquisa de natureza exploratória e abordagem qualitativa. A seleção dos participantes seguiu a amostragem *Snowball* (Bola de Neve), forma não probabilística de referência em que uma pessoa indica outra de sua rede de relação⁽¹⁵⁾. O estudo envolveu 20 profissionais de saúde com graduação em Enfermagem que atuavam na 10ª Regional de Saúde do Paraná, englobando a cidade de Cascavel e municípios circunvizinhos. O critério de inclusão foi ser profissional com experiência em setores hospitalares públicos ou privados, serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) ou em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em decorrência do Covid-19, as entrevistas foram realizadas por chamadas de áudio pelo *WhatsApp*, com data e horário previamente acordados. Cada entrevista durou em média 40 minutos seguindo um roteiro pré-estruturado de perguntas, as quais foram elaboradas pelos próprios pesquisadores. Para a interpretação dos dados utilizou-se a teoria das Representações Sociais e de gênero⁽¹⁶⁾. A representação social diz respeito a registros simbólicos resultantes do (con)viver em sociedade e que (re)produzem lentes múltiplas de interpretação do mundo, manifestadas por meio da

linguagem⁽¹⁶⁾. Já a teoria de gênero se sustenta na resignificação das diferenças entre sujeitos masculino e feminino, entendendo-as como resultado de aprendizados culturais ao invés de naturalizadas pelo sexo biológico.

As narrativas foram transcritas na íntegra e lidas exaustivamente para a elaboração de quadros com as ideias centrais das falas, seguindo o método de análise de conteúdo⁽¹⁷⁾. As expressões chaves mais utilizadas foram destacadas em negrito, de modo a identificar categorias conceituais organizadas a partir de um mesmo padrão classificatório. Na sequência, realizaram-se as inferências, resultado de um processo lógico em que uma proposição é tida como válida pela sua ligação com outras proposições consideradas verdadeiras⁽¹⁸⁾. As categorias elencadas a posteriori foram: competências éticas e notificação e visão do enfermeiro a respeito dos serviços de saúde.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Privada do Sul do Brasil, sob o parecer nº4.052.942/2020.

RESULTADOS

Considerando o respeito ao anonimato, os participantes da pesquisa são indicados pela abreviação Enf., na sequência numérica de 01 a 20, de acordo com a ordem das entrevistas realizadas.

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Tempo de exercício profissional (anos)
Enf. 01	Feminino	27 anos	3 anos
Enf. 02	Feminino	45 anos	10 anos
Enf. 03	Feminino	32 anos	6 anos
Enf. 04	Feminino	36 anos	16 anos
Enf. 05	Feminino	34 anos	10 anos
Enf. 06	Feminino	31 anos	10 anos
Enf. 07	Feminino	34 anos	3 anos
Enf. 08	Feminino	41 anos	14 anos
Enf. 09	Feminino	48 anos	23 anos
Enf. 10	Feminino	35 anos	2 anos
Enf. 11	Feminino	31 anos	9 anos
Enf. 12	Feminino	31 anos	2 anos

Identificação	Sexo	Idade (anos)	Tempo de exercício profissional (anos)
Enf. 13	Feminino	26 anos	4 anos
Enf. 14	Feminino	37 anos	3 anos
Enf. 15	Feminino	48 anos	3 anos
Enf. 16	Feminino	52 anos	30 anos
Enf. 17	Feminino	25 anos	2 anos
Enf. 18	Feminino	40 anos	3 anos
Enf. 19	Masculino	31 anos	7 anos
Enf. 20	Masculino	24 anos	3 anos

Fonte: Autores, 2025.

Do total de entrevistados, 18 profissionais eram do sexo feminino e 02 do sexo masculino (Enf. 19 e Enf. 20). A média etária variou de 24 a 52 anos. O menor tempo de exercício da atividade profissional foi de 02 e o maior de 30 anos.

No que concerne à pós-graduação, 16 profissionais concluíram especialização; (*lato sensu*) modalidade mais voltada à qualificação profissional) e 02 estavam cursando mestrado (*stricto sensu*); mais direcionado à pesquisa acadêmica e aprofundamento na área. Em relação à familiaridade com o tema da violência contra a mulher, 05 afirmaram que tomaram conhecimento de assuntos relacionados à violência quando cursavam a graduação; 05 na pós-graduação; 03 nos próprios locais de trabalho; 01 tomou conhecimento sobre o assunto em capacitação promovida pela 9ª Regional de Saúde e 01 pelo Núcleo de Educação Permanente. Por fim, 05 profissionais disseram nunca terem recebido qualquer orientação sobre o tema da violência contra mulheres.

Com o intuito de investigar se os profissionais tinham conhecimento da Lei nº10.778/2003, as questões formuladas foram diretas e objetivas: Você conhece a Lei nº10.778/2003? O que você pensa a respeito dessa Lei?

A respeito da Lei nº10.778/2003, 13 enfermeiros afirmaram não ter conhecimento acerca da mesma; 07 afirmaram saber que a Lei existe. Destes 07, apenas 02 a conhecem na íntegra, enquanto 05 conhecem parte de seu conteúdo.

Mediante o propósito de perceber se os profissionais tinham o hábito de notificar, as interrogações foram: Você já notificou alguém caso de violência contra a mulher? Em caso negativo, foi questionado o porquê. Dos 20 profissionais, 12 já haviam feito notificações de casos, e 08 não notificaram. Entre os que não notificaram, 02 disseram não ter muita segurança sobre como proceder

e 01 alegou não ter notificado porque a vítima chegou ao serviço já com o Boletim de Ocorrência (BO), o que, segundo ele invalidava a notificação. Tal suposição está equivocada. Mesmo que a vítima tenha ido primeiramente à Delegacia de Polícia ou à Delegacia da Mulher isto não inibe a notificação ao Sinan. São procedimentos complementares, porém, distintos. Quanto aos outros 05 profissionais, disseram que temem as consequências da notificação e suas possíveis retaliações.

Questionados se sentiam medo de notificar, ambos os profissionais responderam negativamente, mas dentre estes um enfermeiro confidenciou terem sido necessários 10 anos de profissão até adquirir confiança para realizar o respectivo procedimento.

Houve unanimidade na consideração de que a violência contra as mulheres compromete decisivamente a vida e traz danos irreparáveis à saúde, podendo causar depressão, ansiedade, síndrome do pânico e medo. Em menor proporção, foram citadas enxaqueca e gastrite. Os demais sintomas foram apontados, ao menos, por uma pessoa, a saber: dores no corpo, hipertensão, problemas cardíacos, baixa autoestima, obesidade, insegurança, transtorno bipolar, hematomas/escoriações, dores estomacais, suicídio e problemas mentais. Portanto, consideraram se tratar de um problema de saúde pública que precisa ser enfrentada e admitiram que têm um papel importante nesta tarefa.

Doze entrevistados alegaram que o diálogo constitui a essência da enfermagem, validando, assim, a importância da escuta pelos profissionais. Todos admitiram que o setor de saúde tem valoroso papel no que diz respeito ao acolhimento, ao cuidado e ao apoio no direcionamento e nas orientações às mulheres em situação de violência, sendo considerados peças-chave no enfrentamento deste problema de saúde pública de natureza global.

DISCUSSÃO

Competências éticas e notificação

As competências éticas se referem aos aspectos legais envolvidos na prática assistencial às mulheres em situação de violência. Dentre os participantes da pesquisa, 12 afirmaram ter conhecimento da notificação compulsória, bem como já haviam atendido casos de violência.

É imprescindível que os profissionais da saúde envolvidos no atendimento a mulheres expostas à violência tenham familiaridade com a ficha de notificação⁽¹⁸⁾. Todavia, nestes estudo, alguns enfermeiros demonstraram conhecimento superficial desse documento. O relato da enfermeira 04 ilustra bem a respectiva superficialidade porque ela afirma não ter notificado por não ter atendido casos de violência. Depreende-se, no entanto, que ela considera violência apenas os agravos físicos, porque afiança ter atendido mulheres expostas a violência psicológica. Esta é uma situação que evidencia um olhar muito limitado sobre o que é a violência e como esta se manifesta.

Então, eu não fiz nenhuma notificação [...] até hoje, porque não atendi nenhum caso que chegou de violência até mim. Os casos que eu atendi foram casos, paciente, assim, por abuso psicológico. Em alguma conversa, alguma consulta por outro motivo, percebi meio deprimida, meio retraída, alguma coisa assim, mas não houve nenhum relato. Então, não tive nenhum caso pra notificar assim (Enf. 4).

Vale destacar que o medo de intervir nas questões relativas à violência foi mencionado por apenas duas participantes. Uma delas foi a enfermeira 05 que afirmou:

Residimos em um município pequeno; todo mundo conhece todo mundo. Então, em alguns momentos, pode ocorrer falta de ética de alguns colegas e acabar vazando essa informação, de quem notificou (Enf. 5).

Similarmente, o sentimento de medo foi expresso na fala da enfermeira 12:

Eu acredito que não só eu, mas todos os profissionais de saúde atuam nessa; fazem esse tipo de notificação; tem um certo receio, né? Porque isso pode acabar sendo investigado, e o agressor pode [...] pode definir que esta notificação surgiu desse atendimento (Enf. 12).

Outro importante apontamento na postulação dos casos de violência contra as mulheres, no âmbito assistencial, é que ainda há uma linha tênue com a não intervenção, mesmo quando os serviços possuem, em seus processos de trabalho, protocolos de assistência, ou são integrados ao sistema de contrarreferência do SUS. Assim, mediante o silêncio das mulheres e a invisibilidade do plano assistencial, são comuns os seguintes questionamentos: Por que as mulheres não contam? Por que os profissionais não perguntam? Acresce, desse modo, à questão da omissão quanto ao vivido, os sub-registros e as recusas às tomadas da situação violenta como problema de intervenção.

Convém destacar dois aspectos importantes que foram percebidas nas narrativas coletadas neste estudo: o primeiro é que, muitas vezes, é a própria mulher que tem medo de retaliações por parte do agressor; o segundo é que embora os profissionais da Enfermagem sejam, quase sempre, os primeiros a ter contato com vítimas da violência, a notificação não parece ser uma prioridade para muitos destes.

Acabei que eu não notifiquei, não fiz nada, né? Poderia até ter feito também, hoje em dia pensando. Naquele momento, eu não fiz. Apenas a gente seguiu as orientações do médico (Enf. 14).

Depoimento semelhante é o do enfermeiro 19:

Não fiz a notificação. A gente está acostumada a notificar esse tipo de situação: uma sífilis a gente notifica, um HIV a gente notifica; uma hepatite, uma toxoplasmose. Mas a violência contra a mulher a gente acaba não notificando. Mas não, eu acabei não fazendo a notificação, porque realmente eu me esqueci de fazer (Enf. 19).

Todavia, outros 12 participantes afirmaram ter presenciado e prestado atendimento às mulheres em situação de violência e, em todos os casos, realizado as devidas notificações. Exemplo disso é a fala da enfermeira 12:

Sim, nós fazemos a notificação compulsória, de violência à mulher. Deixamos registrado e é encaminhado ao serviço de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital (Enf. 12).

De modo igual, a enfermeira 16 mencionou o valor atribuído às notificações:

Notificamos. É importante, estatisticamente, para que possamos descobrir quais as causas, motivos, e também, trabalhar em cima de uma política pública dentro das ações (Enf. 16).

Na categoria competências éticas, elencou-se uma subcategoria relacionada à falta de familiaridade do profissional com a ficha de notificação. Embora tenham afirmado que a notificação é feita, percebe-se que esse é um documento pouco conhecido, como já se mencionou neste estudo. A fala da enfermeira 18 comprova essa afirmação:

Sobre a notificação? Qual a experiência que eu tenho? Então assim, na verdade [...] a gente nunca tem a notificação lá (Enf. 18).

Da mesma forma, a falta de conhecimento e de domínio do preenchimento da ficha de notificação é manifestada pelo enfermeiro 19:

Eu não tenho nenhum contato com essa ficha de notificação; já participei de uma palestra, que mostrou esta ficha de notificação; como preenchê-la, mas isso faz muito tempo. Uns dois, três anos atrás. Então não me recordo em relação à ficha de notificação (Enf. 19).

A análise possibilitou a identificação de algumas contradições nas respostas apresentadas pelos participantes da pesquisa, a exemplo da enfermeira 02 que revelou, num primeiro momento, já ter realizados várias tipificações de violência. Contudo, mediante a pergunta relativa à notificação, afirmou não ter experiência.

À vista disso, percebe-se a incongruência do que é vivenciado na prática com o suposto conhecimento adquirido ou assimilado. A justificativa para a incoerência nas respostas da informante, decerto, encontra respaldo no fato de não haver inserção de todos os profissionais em processos de trabalho que envolvam a temática relativa às condutas a serem adotadas e desenvolvidas.

Outrossim, o serviço de saúde não possui uma padronização rigorosa que deve ser seguida incondicionalmente nos atendimentos. Por conseguinte, o que a pesquisa apontou é que cada profissional faz o que lhe é concebido pela subjetividade atrelada às competências individuais

Ao serem indagados no que concerne à Lei nº10.778/2003, apenas 08 participantes afirmaram ter conhecimento da mesma, como demonstram as falas das enfermeiras 11 e 12, respectivamente:

Essa Lei trata da violência contra a mulher. Dentro de um ambiente privado ou particular de saúde (Enf.11).

É uma Lei que fala sobre a notificação compulsória em casos de violência contra a mulher. As que forem atendidas em serviço público ou privadas (Enf. 12).

No entanto, algumas respostas foram inconclusivas, com leve referida Lei, a exemplo de:

Conheço muito pouco sobre essa Lei (Enf. 15).

A Lei, na íntegra, eu não conheço, não li toda ela (Enf. 09).

Não li sobre 'ela' de uma forma bem a fundo (Enf. 10).

Já os demais participantes (12) foram enfáticos ao afirmar a total falta de conhecimento da Lei nº 10.778/2003⁽¹³⁾. Ao levar em consideração o rigor dessa Lei, cabe aos profissionais de saúde notificar todos os casos confirmados ou suspeitos, além de comunicar a autoridade policial no espaço de tempo de 24 horas a partir do conhecimento. Nesse sentido, representada ou não pela vítima, a ocorrência do caso possui caráter imediato⁽¹⁴⁾.

Oportuno ressaltar que, após o preenchimento pelo profissional que prestou atendimento à mulher, a ficha de notificação deve ser encaminhada à Secretaria de Saúde do município. Posteriormente, com informações consolidadas, deve ser devidamente expedida à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Por fim, destinada à Secretaria da Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da

Saúde⁽¹³⁾. É dever dos profissionais de saúde, incluindo médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, entre outros, zelar pela dignidade e integridade humana. Ademais, a ficha de notificação possui caráter sigiloso de acordo com o que prescreve o parágrafo único, do artigo 3º, da Lei nº10.778/2003:

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável⁽¹³⁾.

A prevenção da violência e a promoção da saúde das mulheres que se encontram expostas a abusos de qualquer natureza exigem intervenção multiprofissional e intersetorial⁽¹⁹⁾. Ao considerar as competências práticas que o enfermeiro deve assumir no cumprimento de suas ações assistenciais a esse público, a pesquisa procurou identificar a aproximação desse profissional com a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha)⁽²⁾. Ademais, buscou saber se a Lei é apresentada às mulheres que buscam atendimento após vivência de violência doméstica. Dentre as respostas apresentadas, infere-se que, apesar de toda divulgação feita pelas mídias impressa ou televisionada, bem como pelas mídias digitais, os participantes revelam um certo distanciamento no que tange à compreensão da importância e da efetividade da Lei Maria da Penha, como se pode conferir nas seguintes falas:

No meu trabalho, a gente não fala sobre ela (Enf. 02).

Não é algo que a gente fala, diariamente, abertamente que fique assim, só em casos, assim, específicos mesmo (Enf. 04).

O meu conhecimento sobre essa Lei não é muito. Mas nós nem tocamos na Lei Maria da Penha quando a gente faz a ficha de notificação (Enf. 07).

Os participantes que demonstraram conhecimento da Lei deram informações satisfatórias quanto à sua efetividade, conforme se vê na declaração da enfermeira 16:

É uma Lei que traz um impacto muito grande, perante a sociedade. E é falado sim com as mulheres, principalmente quando a gente fala de educação em saúde na comunidade (Enf. 16).

Em concordância com o exposto, a enfermeira 12 esclarece:

Considerada, pela Organização das Nações Unida (ONU), uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento da violência contra a mulher. Sim, a mulher, nós orientamos sobre essa Lei, nos atendimentos (Enf.12).

Importante considerar que, apesar de reforçarem a funcionalidade da Lei Maria da Penha no sentido de contribuir para proteção, amparo e coibição dos atos de violência às mulheres, os profissionais também registram um distanciamento da efetividade dos aspectos legais com a realidade profissional, conforme depoimentos abaixo:

A Lei Maria da Penha veio contribuir muito, porém, eu vejo que, muitas vezes, a lei acaba não amparando todas essas questões que aparecem no serviço (Enf. 03).

A Lei Maria da Penha, parece que ela é meio desacreditada, né? Não adianta denunciar porque não vai acontecer nada, né? Ela tem que ser divulgada. Essa Lei devia ser mais até pra gente ter mais conhecimento, poder aplicar mais (Enf. 14).

É possível identificar uma certa criticidade nas falas dos profissionais entrevistados, pois, via de regra, a Lei é “linda no papel”, porém “deixa a desejar” quando se trata de aplicabilidade nos casos de agressão. O sentido da expressão “deixa a desejar” sinaliza que a Lei Maria da Penha é pouco resolutiva. Isso se evidencia pelo tempo estimado de investigação que chega a dois anos até um desfecho favorável à mulher agredida. Infelizmente, ao longo desse tempo, o desfecho pode ser algo considerado grave, como é o caso do feminicídio.

Visão do enfermeiro a respeito dos serviços de saúde

A influência dos serviços de saúde na qualidade de vida tem sido pauta das políticas de saúde ao redor do mundo⁽²⁰⁾. De modo geral, os serviços de saúde têm papel fundamental ao fomentar estratégias e oferecer meios, a fim de promover a saúde da população tanto no plano coletivo quanto no individual, viabilizando, com isso, a equidade e a integridade⁽¹⁴⁾.

A fala da enfermeira 10 evidencia a importância desse cuidado:

O acolhimento, apoio, o ouvir, o orientar, faz-se, de extrema importância, para mudar sim, a história de vida, de coação de tantas mulheres as quais, nós sabemos, que passam por situações de violência em suas vidas (Enf. 10).

Nessa categoria, de forma unânime, os 20 participantes registraram que o serviço de saúde tem muito a contribuir com a saúde da população em geral, em especial, das mulheres em situação de violência. Nas narrativas, há menção ao plano assistencial, ao apoio, ao acompanhamento e à identificação dos casos de vítimas de qualquer tipo de agressão.

Todavia, apesar de os serviços de saúde definirem seus papéis, assim como protocolos e diretrizes, os entrevistados elencaram serviços públicos com sendo o local de melhor suporte para suprir a demanda das mulheres que buscam atendimento em casos de agressão. Os argumentos a seguir deixam clara a necessidade dos respectivos serviços:

O serviço de saúde tem um grande papel nisso. A gente tem que apoiar, é o nosso papel prestar assistência. Dar apoio pra ela se sentir segura, pode ser que não fale nas primeiras vezes, mas, depois, vai procurar a enfermeira de confiança e vai falar. Então acho que tudo é uma questão de trabalhar com a mulher. As Unidades Básica de Saúde, principalmente, as que tem um suporte maior (Enf. 14).

Nós, profissionais de saúde, temos o dever de acolher a mulher, promover a saúde dessa mulher. Que foi exposta há algum tipo de violência, né? Nós que trabalhamos na Atenção Básica, Atenção Primária de Saúde, nós, temos isso bem forte nos nossos planejamentos em relação a promover a saúde pra todas as mulheres e, principalmente, mulheres em situação de violência (Enf. 19).

Pelo que se observa, os participantes fazem referência aos serviços de saúde como primordiais, pois, muitas vezes, é pela porta de uma UBS, que profissionais se deparam com casos de violência física, psicológica e sexual contra a mulher. Contudo, os questionamentos: O que é possível fazer nessa hora? Quais são os protocolos? Como esse profissional deve agir? Ao considerar a primordialidade dos serviços de saúde, a enfermeira 03 argumenta com precisão:

A Estratégia Saúde da Família e os profissionais de saúde são elo importantíssimo. Eu vejo que nós, da saúde, precisamos estar de portas abertas pra ouvir essas mulheres. Eu vejo que é um espaço que elas podem vir, que elas sempre vêm. Eu percebo, sim, que a questão de violência contra mulher precisa ser mais trabalhada com os profissionais de saúde (Enf. 03).

Na concepção de Mansuido⁽²¹⁾, a violência não precisa necessariamente estar escancarada no corpo da mulher para ser considerado um ato de agressão. Justamente nesse momento é que o profissional deve se permitir uma conversa informal, sem questionamentos, sem cobranças. Para tanto, ele precisa estar aberto ao diálogo, bem como disposto a ouvir e acolher sem julgamentos precipitados, pois a vítima normalmente tem vergonha e medo de contar o que a aflige e a faz sofrer.

Lamentavelmente, na narrativa apresentada a seguir, percebe-se o despreparo do profissional ao fazer uma abordagem, pois se subentende que o mesmo pressiona a mulher para que ela confirme o caso de agressão. Sem dúvida, as questões que dizem respeito à violência contra as mulheres configuram um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, a julgar pela própria falta de empatia diante da abordagem.

Já atendi uma situação. Quem fez a primeira abordagem fui eu. Ela chegou com o braço quebrado, olho roxo. A gente perguntou o que tinha acontecido. Ela respondeu: “Eu caí em casa”. Eu falei: “Mentira, você apanhou em casa, porque você tem marcas de outras agressões pelo corpo. Não foi só isso que aconteceu, conta a verdade. A gente tá aqui pra te ajudar”. Ela disse: “Não, não aconteceu isso, realmente eu caí em casa”. Eu falei: “Ok, então, nesse caso, a gente vai ser obrigada a chamar a polícia”. (Enf. 6).

De maneira evidente, esse diálogo revela o quão traumático pode ser a abordagem nos serviços de saúde, o que, certamente, reflete na decisão das mulheres agredidas em não procurar o atendimento. Os seguintes depoimentos, se referem ao fato de que, mulheres deixam de procurar ajuda não apenas por medo de retaliações, como já se enfatizou, mas também por julgamentos precipitados os quais exigem que elas provem que estão falando a verdade, e não o contrário:

Recebi uma paciente que veio e disse: “Porque eu caí, levantei no escuro, acabei batendo o meu rosto”. O rosto assim, um hematoma enorme, tava visto que não era, tinha sido uma violência. A questão dela com ele, ela tava amedrontada, ali, do lado dele, sabe? Então, assim, aí você fica se perguntando, né? O porquê ele faz isso, e muitas vezes, as pessoas questionam ela: O que você fez pro teu marido te bater, né? Essa é uma coisa que acontece, praticamente sempre (Enf. 14).

Chorando em prantos, falou: “Sim”. Tinha apanhado do marido, tinha olho roxo, fratura no braço, mas que ela gostaria que não fosse feito nada. Eu perguntei se tinha sido a primeira vez. Ela respondeu que não, já tinha acontecido algumas outras vezes, mas que, dessa vez, tinha acontecido algo pior. Ela teve que vir ao hospital, não aguentava de dor em casa (Enf. 06).

É notório dizer que, para a maioria dos profissionais, ocorre um afastamento natural em relação ao tema, principalmente no que tange à abordagem. Isso porque a falta de treinamento e capacitação pode comprometer as condutas nos casos de intervenção que envolvem a violência contra as mulheres. Soma-se a esse fator a limitada visão e a falta de experiência dos profissionais para lidar com as questões atinentes à respectiva violência⁽²¹⁾.

O referido autor ressalta ainda a importância do comprometimento das instituições de saúde na promoção de treinamentos aos seus profissionais, na elaboração de protocolos e informações. Além disso, a articulação intersetorial, para que os casos não sejam simplesmente identificados e notificados, mas sim, encaminhados ao serviço especializado e mais adequado, conforme retratado no depoimento da enfermeira 14:

A gente da Enfermagem, como profissional, tem que ter um olhar diferenciado (Enf. 14).

Preocupação semelhante se verifica na fala da enfermeira 03:

Eu vejo que, na questão rural, as políticas públicas são existentes, mas não chegam até elas; então, nós, profissionais de saúde, somos eles, essenciais até pra olhar, investigar mesmo essas violências (Enf. 03).

Ao focalizar a importância da articulação dos diferentes setores, a enfermeira 18 também se refere ao papel desempenhado pelos profissionais:

A Unidade de Saúde pode, sim, tá ajudando as mulheres nesta questão da violência. Principalmente, na questão de orientação nas Unidades de Saúde, tem toda uma equipe, psicólogo, assistente social. No hospital que faço parte não tem psicólogo, assistente social. Nós mesmos da Enfermagem temos que fazer essa abordagem, este papel (Enf. 18).

No tocante aos processos de trabalhos para lidar com atendimentos de violência contra a mulher, somente um participante que atua na saúde pública informou a existência de protocolos em seu serviço, como se pode conferir:

Nós temos protocolos. No caso de violência física, tem que passar pelo atendimento médico; tem que ser notificado. No caso da violência sexual, tem um fluxo; a mulher é atendida pelo ginecologista. Feito exames, é encaminhada ao Centro Especializado em Doenças Infecto Parasitárias (CEDIP). Realiza teste, exames, recebe medicações necessárias, coquetel, no caso, evitar gravidez, doenças. A gente tem que fazer os encaminhamentos pros serviços que prestam apoio psicológico, psiquiátrico [...] Quando alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS), alguém vem relatar alguma situação de abuso, na maioria das vezes, é a assistente social que faz esta abordagem, que faz a visita domiciliar, que conversa com a pessoa, sabe? Eu, enquanto enfermeira, até hoje, não fiz atendimento assim (Enf. 04).

A fala da enfermeira 04 descreve o fluxo que deve ser seguido na UBS na qual atua em casos de violência física ou sexual. No entanto, o fato de apenas um profissional, dentre os 20 entrevistados, descrever o fluxo do serviço é alarmante. Ainda mais, por não ter atendido sequer um caso de violência contra mulher, justamente em uma instituição que se preocupa com protocolos.

Essa realidade remete a dois questionamentos: Existe uma invisibilidade dessas mulheres no atendimento primário? A declaração da enfermeira 05 elucida bem essa questão:

O que falta, na verdade, é o agrupamento de todas essas informações [...] utilização dos recursos que a gente tem; é a junção de outros profissionais, de uma equipe multiprofissional, assim, assistente social, psicologia, é, neste sentido, pra tentar [...] Eu percebo que, a princípio, a gente, vamos supor passou pela Unidade, passou pela triagem de Enfermagem e encaminhado pra consulta médica. Depois, essa mulher vai embora; ela vai pra outra delegacia; vai pro laudo de lesão corporal em outro município, então, esse distanciamento dessa mulher, essa mulher some, diremos assim. Não tenho esse retorno, não sei o que aconteceu com ela nesse pós (Enf. 05).

Outro agravo apontado fez referência à qualidade do serviço prestado a essas mulheres agredidas, como retrata a enfermeira 18 ao abordar o exercício profissional sem qualquer padronização, com uma atuação quase que empírica:

Tem casos, dependendo do médico, que tá no Pronto-Socorro, às vezes, ele faz um corpo delito ali mesmo. Certa vez, recebemos uma mulher que foi estuprada e espancada pelo marido. Nesse caso, foi encaminhada pro Instituto Médico Legal (IML). Mas alguns não querem fazer, depende muito do tipo de agressão à mulher (Enf. 18).

A análise dos recortes das falas dos participantes da pesquisa, assim como em depoimentos explicitados por pesquisas realizadas por autores da área de conhecimento, possibilita a confirmação de que não há comunicação entre os setores que compõem as instituições tanto de âmbito público quanto privado. A ausência de repasse de informações e, por extensão, de articulação intersetorial implica na perda de visão do todo, o que dificulta, de modo considerável, as investigações em torno de adoecimentos referentes às situações de violência.

CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se que a quebra de paradigmas é necessária para transformar as relações de poder quando o assunto em foco é violência de gênero. A aproximação entre os profissionais da área de Ciências da Saúde, especificamente, os da Enfermagem, e as mulheres que

sofrem algum tipo de violência favorece um atendimento eficiente e humanizado. Daí a importância de envolvê-los em temas dessa natureza, a fim de conscientizá-los da seriedade e do comprometimento nos atendimentos, bem como sensibilizá-los para a prática do trabalho em equipe, introduzindo, dessa forma, mudanças nos âmbitos profissional e educacional.

A pesquisa trouxe à tona uma discussão que possibilitou o entendimento dos participantes acerca do fenômeno da violência contra as mulheres, sobretudo, no que tange às questões de violência de gênero e à desigualdade dos papéis entre masculino e feminino. Ademais, abriu espaço para a representação da realidade dos enfermeiros e reflexão sobre suas práticas nos serviços de saúde em que estão inseridos.

Notadamente, em relação à violência contra as mulheres, pôde-se evidenciar que os profissionais entrevistados reconhecem que há violência contra as mulheres, assim como as suas tipificações. Todavia, existe uma lacuna entre a formação acadêmica e o exercício profissional, o que provoca, de modo geral, uma certa deficiência no procedimento de casos reais de violência.

Mediante esse aspecto, as falas dos participantes da pesquisa apontam a necessidade de um engajamento maior tanto por parte dos serviços de saúde quanto dos profissionais no que se refere à capacitação e treinamento destes em relação à abordagem, ao atendimento, ao compromisso ético e às condutas com as mulheres em situação de violência. Reforça-se, assim, o entendimento de que as questões sociais que afetam a saúde das pacientes são de responsabilidade dos profissionais de saúde.

Ao colocar em evidência as competências e as condutas dos enfermeiros, o estudo comprovou a ideia inicial da pesquisa de que esses profissionais assumem multitarefas em distintos setores nos serviços de saúde o que, possivelmente, seja um dos indicadores das limitações no atendimento às mulheres em situação de violência de gênero. Ou seja, pela alta demanda de trabalho e com uma instrução, muitas vezes, superficial, podem passar despercebidos sintomas importantes para a detecção dos casos de violência às mulheres. Em decorrência disso, podem ocorrer subnotificações da violência.

Desse modo, independente do contexto, a sistematização do cuidar, amparado pelos processos intersubjetivos, é essencial aos profissionais de saúde. Contudo, para que essa sistematização se efetive, torna-se necessário anular o pensamento de um cuidar individual e substituí-lo por um coletivo que abrange acolhimento, intervenções de forma integral sem julgamentos e bem-estar, com a garantia de direitos psicossocial e moral.

Ao concluir o estudo, um dado que merece destaque é a falta de conhecimento ou de domínio da ficha de notificação compulsória, manifestada pela maioria dos profissionais. De um lado, pode-se responsabilizar os serviços de saúde pela falta de investimentos; por outro lado, o profissional possui sua parcela de responsabilidade por não buscar novos conhecimentos ou apoio da instituição.

Cabe aqui ressaltar as limitações do estudo em um contexto atípico de pandemia da Covid-19, o que exigiu um redimensionamento na aplicação das entrevistas. Além disso, destaca-se que, apesar de a pesquisa ter sido desenvolvida com o máximo rigor metodológico, buscando sintetizar, nas interpretações, os dados com a maior fidedignidade, não se pode deixar de considerar a subjetividade entre a pesquisadora e a representatividade dos entrevistados.

À guisa de conclusão, depreende-se que as notificações, as capacitações e o comprometimento com os casos de violência contra as mulheres nos serviços de saúde configuram um meio de minimizar e, até mesmo, coibir os casos de revitimização. Em virtude de sua relevância e devido aos inúmeros fatores que carecem de maior aprofundamento quanto ao atendimento às mulheres em situações de violência de gênero, sugere-se dar continuidade ao tema.

O acolhimento humanizado e a escuta qualificada das mulheres que enfrentam situação de violência tem alto potencial de promover saúde. Todavia, a qualificação dos profissionais de saúde, notadamente enfermeiros, precisa contemplar melhor a discussão envolvendo aspectos relacionados à violência, gênero, feminismo e, dentre outros, os direitos humanos das mulheres. A proposta é formar profissionais dotados de um olhar mais sensível às agruras enfrentadas por mulheres que vivem relacionamentos conjugais abusivos e, em função disso, adoecem, podendo, inclusive, perder a vida. Tudo isso, somado, deveria fazer do enfrentamento da violência tema prioritário nas agendas governamentais, da sociedade civil e, particularmente, no setor saúde.

REFERÊNCIAS

1. Botelho MHS, Portácio JR, Almeida KKM, Melo CAS. Violência contra mulheres: conhecimento e preparo de profissionais da atenção. Res Soc Dev [Internet] 2021 [citado em 8 mar. 2025];10(11):e486101119486. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19486>.
2. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2006. [citado em 8 mar. 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
3. Alves Luis M, Fiorotti KF, Ribeiro LEP, Leite FMC. Revisão sistemática sobre o impacto social e de saúde da violência doméstica para os adolescentes. RBPS [Internet]. 2022 [citado 20 em mar. 2025];24(1):173-92. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/35617>.

4. Almeida PJR, Caldeira FID, Gomes C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *Rev Bras Educ Fís Saúde Desempenho* [Internet]. 2022 [citado 20 em mar. 2025];3(2):e017. Disponível em: <https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/rebesde/article/view/131>.
5. World Health Organization - WHO. Violence against women. [Internet]. Geneva: Who; 2021. [citado 20 em mar. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R, editores. Relatório Mundial sobre violência e saúde [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. [citado 20 em mar. 2025]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>.
7. Fachini CVC, Gonçalves TL, Osís MJMD, Franco GP. Violência contra as mulheres, saúde e qualidade de vida. *Santé* [Internet]. 2024 [citado em 20 mar. 2025];3(2):4-7. Disponível em: <https://periodicos.unidep.edu.br/sante/article/view/329>.
8. Forum Brasileiro de Segurança Pública. Infográfico Anuário Brasileiro de Segurança Pública. [Internet]. São Paulo: São Paulo, 2024. [citado em 20 mar. 2025]. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/server/api/core/bitstreams/c2423188-bd9c-4845-9e66-a330ab677b56/content>.
9. Machado DF, Castanheira ERL, Almeida MAS. A violência contra a mulher por parceiro íntimo nos serviços de Atenção Primária: da invisibilidade à medicalização. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2025 [citado em 20 mar. 2025];29:e240275. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XbTQPYj3LRcqbZxTrL3SNDH/>.
10. Dantas ESO, Meira KC, Bredemeier J, Amorim KPC. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023 [citado em 20 mar. 2025];28(5):1469-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/35hM7kcd8Dh3DCm5JFqHqPy>.
11. Santos JAJ, Passos SG. Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da ficha de notificação compulsória em relação a violência contra a mulher. *Rev JRG* [Internet]. 2021 [citado em 20 mar. 2025];4(9):50-7. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/277>.
12. Machado LP, Freitag VL. Cuidado de enfermagem a mulher vítima de violência sexual: uma revisão integrativa da literatura. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 [citado em 20 mar. 2025];10(2):e33210212595. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12595>.

13. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2003. [citado em 8 mar. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm.
14. Brasil. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher [Internet]. Diário Oficial da União, nº 239, 11 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/12/2019&jornal=515&pagina=4&totalArquivos=217>.
15. Ribeiro JP, Maliszewski LS, Martins ESL. Técnica de amostragem “bola de neve virtual” na captação de participantes em pesquisas científicas. J Nurs Health [Internet]. 2024 [citado em 8 mar. 2025];14(1):e1426636. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/26636>.
16. Pacheco MLL, Roso AR, Souza JG, Souza AF. Violência contra as mulheres e Teoria das Representações Sociais: revisão integrativa. PSIUNISC [Internet]. 2022 [citado em 8 mar. 2025];6(2):174-98. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/17270>.
17. Batista FFH, Oliveira GS, Camargo CCO. Análise de conteúdo: pressupostos teóricos e práticos. Rev Pris [Internet]. 2021 [citado em 8 mar. 2025];2(1):48-62. Disponível em <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/42>.
18. Richter TT, Costa JV, Silva TMG. Caracterização das notificações de violência contra mulheres em um município do interior do Paraná, 2015 a 2019. Arq Ciênc Saúde Unipar [Internet]. 2023 [citado em 21 mar. 2025];27(5):3415-32. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/9990>.
19. Andrade CB, Monteiro MI, Rodrigues NR. Trabalho de cuidado, gênero e violências: estudo com técnicos/as de enfermagem. Cadernos Saúde Coletiva [Internet]. 2022 [citado em 21 mar. 2025];30(1):77-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/BZvBKm68KNcGmHf6WbmB7hw/?lang=pt>.
20. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020 [citado em 21 mar. 2025];25(12):4723-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>.
21. Mansuido M. Como profissionais de saúde podem identificar e ajudar mulheres vítimas de violência. CPI da mulher. Câmara Municipal de São Paulo. [Internet] 18 out. 2020. [citado em 21 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br/mulheres/como-profissionais-de-saude-podem-identificar-e-ajudar-mulheres-vitimas-de-violencia/>.