

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVII

Capítulo 3

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

GUILHERME RUFATTO SCHMIDT¹
PRICILLA CARDOSO LAUREANO¹
MARINA MOTTA STAUDT¹
GIOVANA APARECIDA GASPARETTO¹
RAÍSA PLENTZ VENTURELLA¹
ANA JULIA STÜPP HOEFLING¹
ELISÂNGELA MASCARELLO¹
ARGEL LUIZ WENDEL GOULART¹
LARISSA COIMBRA PEREIRA¹
LUCAS SILVEIRA DE ARAÚJO¹
ANA LAURA STENZEL PETRUCCI¹
LAURA SCHMITT JURUENA SASSEN¹
AMANDA DA SILVA ARAÚJO¹
CAMILA BEATRIZ FACHINI¹
ISABELA ZANIN¹

¹Discente – Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Palavras-Chave: Violência Contra a Mulher; Saúde Pública; Políticas de Saúde.

DOI

10.59290/2522009090

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher transcende fronteiras geográficas, culturais e sociais, violando direitos humanos e impactando negativamente a saúde física, mental e social das vítimas. É um fenômeno multifacetado, impulsionado por fatores socioculturais, econômicos e psicológicos, demandando resposta integrada entre saúde, segurança, justiça e assistência social (COUTO *et al.*, 2018). No Brasil, a gravidade do problema repercute em maior demanda assistencial e custos sociais, exigindo políticas públicas que garantam acesso ao cuidado, proteção e justiça (BRASIL, 2004; BLAY, 2003).

Marcos normativos como a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e a Lei nº 13.104/2015 (Feminicídio) estruturam proteção, responsabilização do agressor e priorização do cuidado no SUS (BRASIL, 2006; SOUZA & BARROS, 2017). A Portaria nº 104/2011 estabelece a notificação compulsória, elemento central para vigilância e planejamento (BRASIL, 2011).

O objetivo deste estudo foi sintetizar marcos legais e diretrizes do SUS, descrever a epidemiologia e os determinantes da violência contra a mulher, e orientar práticas de atenção integral (incluindo notificação, fluxos, anticoncepção de emergência e profilaxias), apontando desafios e perspectivas para qualificar o cuidado.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa com análise normativo-documental e síntese narrativa. Foram elegíveis artigos científicos (nacionais e internacionais), leis e portarias brasileiras (Lei Maria da Penha; Lei do Feminicídio; Portaria nº 104/2011), manuais e relatórios técnicos de instituições públicas (Ministério da Saúde, Minis-

tério das Mulheres) e de organismos/ONGs (OMS; Instituto Maria da Penha), além de inquéritos oficiais (DataSenado). A busca, dirigida e não sistemática, foi realizada em portais governamentais e repositórios de acesso aberto (SciELO, *Google Scholar*), com combinações dos termos: “violência contra a mulher”, “ciclo da violência”, “determinantes sociais”, “notificação compulsória”, “SINAN”, “anticoncepção de emergência”, “profilaxia IST/HIV/hepatite B”, “rede de apoio”, “Ligue 180”, “Casa da Mulher Brasileira”, “políticas públicas”. O recorte temporal abrangeu 2003–2024, incorporando atualizações até setembro/2024. Dois revisores procederam à seleção e extração padronizada (conceitos, dados epidemiológicos, protocolos clínico-assistenciais, políticas e redes). A qualidade e aplicabilidade foram apreciadas à luz de critérios do Joanna Briggs Institute e do AGREE II, privilegiando documentos oficiais e revisões com maior aderência metodológica. Os achados foram organizados em eixos: definições/ciclo; e são determinantes; epidemiologia (mundo/Brasil); impactos; atenção no SUS (notificação, fluxos, AE, profilaxias); rede e denúncias; políticas e promoção; desafios/perspectivas. Por utilizar apenas fontes públicas secundárias, não houve necessidade de apreciação ética. Limitações incluem ausência de protocolo sistemático formal, heterogeneidade de fontes e desatualização pontual de doses/protocolos — mitigada por triangulação com normativas nacionais recentes (BRASIL, 2010 a; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011; WHO, 2022).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definições legais e tipos de violência

A Lei Maria da Penha reconhece cinco formas de violência doméstica e familiar: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (art. 7º, I–V) (BRASIL, 2006). Materiais de divulgação e educação do Instituto Maria da Penha deta-

lham exemplos práticos e sinais clínicos de alerta úteis à abordagem em saúde (IMP, 2024a).

Ciclo da violência

O “ciclo da violência”, descrito por Lenore Walker, compreende fases de tensão, seguida de agressão e, posteriormente, reconciliação, que tendem à recorrência quando barreiras estruturais e dependências (emocional/financeira) permanecem (IMP, 2024b). Na escrita clínica, recomenda-se evitar linguagem que naturalize inevitabilidade do ato (“perda de controle do agressor”) e adotar verbos de responsabilização (“o agressor pratica violência”).

Determinantes sociais e culturais

Normas de gênero, desigualdades socioeconômicas, dependência financeira, antecedentes familiares de violência e baixa escolaridade elevam risco de vitimização; interseccionalidades (raça/cor, território, deficiência) intensificam vulnerabilidades e barreiras de acesso (BLAY, 2003; ABÍLIO, 2013; BATISTA *et al.*, 2020).

Epidemiologia: mundo e Brasil

Estimativas globais apontam que 1 em 3 mulheres sofreram violência física e/ou sexual (parceiro íntimo ou não) ao longo da vida (WHO, 2022). No Brasil, o DataSenado 2023 indica que 30% das brasileiras relatam ter sofrido violência doméstica/familiar por homem, com maior risco entre mulheres de menor renda; 68% conhecem vítima próxima (BRASIL, 2023). A subnotificação permanece elevada, reforçando a importância da notificação no SUS (BRASIL, 2011).

Impactos para a saúde

As consequências incluem lesões agudas e crônicas, IST, gravidez não planejada e sofrimento psíquico (depressão, ansiedade, TEPT), além de isolamento social e perda de autonomia econômica; a exposição infantil perpetua ciclos intergeracionais (SLEGH, 2006).

Atenção no SUS: notificação, fluxos e cuidado clínico

No SUS, o manejo de mulheres em situação de violência inicia-se pelo acolhimento qualificado e pela escuta protegida, com registro clínico objetivo e sigiloso. A equipe deve garantir ambiente privativo, evitar perguntas repetitivas ou julgadoras e priorizar a segurança imediata da usuária e de eventuais dependentes. A notificação compulsória deve ser realizada em todos os casos atendidos em serviços públicos ou privados, por meio da Ficha de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN, observando-se integralmente os protocolos de confidencialidade e o princípio do mínimo necessário de exposição de dados (BRASIL, 2011; BRASIL, 2007). A notificação não substitui a decisão da mulher sobre denunciar à polícia, nem condiciona o acesso à assistência em saúde; trata-se de instrumento de vigilância e proteção, útil para monitoramento, planejamento e articulação intersetorial (BRASIL, 2011).

Consolidada a notificação, o fluxo assistencial recomendado compreende: (1) acolhimento e avaliação clínica/psicossocial imediata; (2) classificação de risco e tratamento de agravos agudos (controle de dor, hemostasia, profilaxias e coleta de exames quando indicados); (3) notificação no SINAN com garantia de sigilo; (4) encaminhamentos protegidos e comunicação com a rede (serviço social, referência em violência sexual, proteção social e justiça) conforme desejo e segurança da mulher; e (5) agendamento de seguimento para reavaliação clínica, suporte em saúde mental e revisão de exames, mantendo-se o prontuário com acesso restrito (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). Quando houver risco iminente, deve-se acionar os dispositivos de proteção (medidas protetivas de urgência, rede socioassistencial), sempre informando e compartilhando decisões com a usuária, respeitando sua autonomia e contexto (BRASIL, 2006).

No cuidado clínico, algumas intervenções são tempo-dependentes. Em casos de violência sexual com possibilidade de exposição a sêmen, a anticoncepção de emergência (AE) de primeira escolha é o levonorgestrel 1,5 mg por via oral em dose única, preferencialmente nas primeiras 72 horas e até 120 horas após a agressão, reconhecendo-se queda progressiva da eficácia com o tempo (BRASIL, 2010a). O regime de Yuzpe (etinilestradiol + levonorgestrel) deve ser considerado apenas quando o levonorgestrel não estiver disponível, dado o perfil de efeitos adversos e menor eficácia relativa; além disso, há interações relevantes, como com ritonavir, que reduzem níveis de etinilestradiol (BRASIL, 2010a). A administração da AE não exige boletim de ocorrência e não depende da fase do ciclo, desde que haja menarca e não haja menopausa (BRASIL, 2010a).

Quanto às profilaxias pós-violência, é necessária avaliação individualizada para IST bacterianas, HIV e hepatite B, seguindo as diretrizes vigentes do Ministério da Saúde. Para IST bacterianas, utilizam-se esquemas padronizados conforme quadro clínico e exposição; para HIV, considera-se profilaxia pós-exposição (PEP) quando indicada, idealmente iniciada o quanto antes (preferência nas primeiras horas e até 72 h do evento), com orientação sobre adesão, efeitos adversos e retorno para sorologias seriadas (BRASIL, 2010b). Em relação à hepatite B, deve-se verificar histórico vacinal e realizar vacinação e/ou imunoglobulina específica anti-HBs conforme status imune e avaliação do risco (BRASIL, 2010b). A equipe também deve atualizar profilaxia antitetânica quando pertinente e indicar coleta de exames laboratoriais basais (por exemplo, sorologias) com plano de seguimento para reavaliação clínica, suporte psicológico e repetição de testes conforme janelas diagnósticas (BRASIL, 2010b). Em todas as etapas, recomenda-se linguagem não culpabilizante, orientação sobre direitos e planejamento

de segurança, incluindo identificação de sinais de escalada de risco no domicílio e rotas de proteção (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Por fim, a articulação com a referência técnica em violência sexual do território deve ser precoce para garantir acesso a insumos (AE, PEP, imunobiológicos), exames, coleta adequada de evidências (quando for opção da mulher e houver viabilidade técnica) e acompanhamento multiprofissional. A continuidade do cuidado — clínica, reprodutiva e em saúde mental — é parte indissociável da atenção integral e deve ser combinada com a usuária antes da alta, com informação escrita sobre locais, horários e contatos úteis (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020).

Rede de apoio e denúncias

Ligue 180 (Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos) orienta, recebe e encaminha denúncias 24/7; apps e chat acessíveis (incluindo Libras) ampliam o acesso (BRASIL, 2020). Em situações locais, priorizam-se Delegacias Especializadas (ou delegacia comum, na ausência) e, para menores, o Conselho Tutelar.

Políticas públicas de enfrentamento

A Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio estruturam proteção e responsabilização (BRASIL, 2006; SOUZA; BARROS, 2017). A Casa da Mulher Brasileira integra serviços (acolhimento psicossocial, Deam, orientação jurídica, transporte) com diretrizes de acessibilidade (BRASIL, 2013). Iniciativas como Agosto Lilás e o Pacto Nacional de Prevenção aos Feminicídios ampliam campanhas e ações coordenadas (BRASIL, 2024a; BRASIL, 2024b).

Promoção e proteção

ONGs como o Instituto Maria da Penha e o Fundo Elas desenvolvem educação, redes de apoio e financiamento a projetos (IMP, 2024c; GONTIJO, 2019). A promoção deve incluir qualificação profissional, informação às mulhe-

res e autonomia econômica (inserção/qualificação laboral) para romper ciclos de dependência.

Desafios e perspectivas

Persistem barreiras culturais (naturalização da violência), racismo estrutural, revitimização institucional, falhas na execução de medidas protetivas e lacunas de formação das equipes. Prioridades: educação permanente (acolhimento e escuta qualificada), integração em rede com fluxos claros, monitoramento de indicadores, e uso responsável de tecnologias (alertas de emergência, denúncia segura) (SILVA *et al.*, 2015; COUTO *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

A violência contra a mulher configura grave problema de saúde pública e de direitos humanos. A síntese apresentada demonstra a amplitude dos danos e a necessidade de respostas que articulem saúde, assistência social, segurança e justiça. No SUS, o acolhimento qualificado, a notificação compulsória com sigilo, os

encaminhamentos protegidos e a oferta temporária de anticoncepção de emergência e profilaxias são pilares do cuidado. Políticas como a Lei Maria da Penha, a Lei do Feminicídio e dispositivos como a Casa da Mulher Brasileira ampliam proteção, mas sua efetividade depende de equipes capacitadas, de fluxos intersetoriais funcionais e do enfrentamento das desigualdades estruturais que recaem de forma desproporcional sobre mulheres negras, pobres, com deficiência e residentes em territórios vulnerabilizados. Este estudo indica que fortalecer a rede, padronizar protocolos atualizados e monitorar indicadores pode reduzir agravos e mortes. Novas pesquisas devem avaliar desfechos assistenciais (tempo para atendimento, adesão a AE/PEP, efetividade de fluxos) e estratégias de autonomia econômica e tecnologia segura, orientando decisões de política pública e a prática clínica no cotidiano do SUS. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; WHO, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABÍLIO, J. A. de. Fatores associados à violência conjugal no município de João Pessoa-PB. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

BATISTA, V. C. *et al.* Fatores associados às práticas de violência conjugal em mulheres de apenados. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, p. 1–8, 2020. DOI: 10.37689/acta-ape/2020AO0141.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, p. 87–98, 2003. DOI: 10.1590/S0103-40142003000300006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde/SAS, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, 7 ago. 2006. Disponível em: <https://www.in.gov.br> (Diário Oficial da União). Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de preenchimento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN: normas e instruções. Brasília: Ministério da Saúde/SVS, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DASE, 2010a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DASE, 2010b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2011. Disponível em: <https://www.in.gov.br> (Diário Oficial da União). Acesso em: 04 dez. 2025.

BRASIL. Ministério das Mulheres. Casa da Mulher Brasileira. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/casa-da-mulher-brasileira>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Violência doméstica e familiar contra a mulher: Ligue 180. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/denuncie-violencia-contra-a-mulher/violencia-contra-a-mulher>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. Agosto Lilás: campanha pelo Feminicídio Zero. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Ministério das Mulheres. Pacto Nacional de Prevenção aos Feminicídios: plano de ação. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. Senado Federal. DataSenado. Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher (2023). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado>. Acesso em: 25 set. 2024.

COUTO, *et al.* Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. *Revista Estudos Feministas*, v. 26, n. 2, p. 1–15, 2018. DOI: 10.1590/1806-9584-2018v26n251463.

GONTIJO, V. L. A relevância dos projetos de desenvolvimento internacionais para o alcance da igualdade de gênero no Brasil. 2019. 58 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Relações Internacionais) — Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

IMP — Instituto Maria da Penha. Tipos de violência. 2024a. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>. Acesso em: 21 set. 2024.

IMP — Instituto Maria da Penha. Ciclo da violência. 2024b. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 25 set. 2024.

IMP — Instituto Maria da Penha. Projeto Cordel nas Escolas. 2024c. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/projetos/projeto-cordel-nas-escolas.html>. Acesso em: 25 set. 2024.

SILVA, E. B. *et al.* Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 249–258, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232014201.21102013.

SLEGH, H. Impacto psicológico da violência contra as mulheres. *Outras Vozes*, n. 15, 2006. Disponível em: <https://outrasvozes.org.br/revista/edicao15/slegh.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

SOUZA, L. A.; BARROS, P. P. Questões controversas com relação à Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015). *Revista da Faculdade de Direito, USP*, v. 111, p. 263, 2017. DOI:10.11606/issn.2318-8235.v111i0p263-279.

WHO — World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 25 set. 2024.