



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO DE REVISÃO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Um problema de saúde pública: a violência contra a mulher no contexto dos serviços de saúde

A public health issue: violence against women in the cont

DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1696
 ARK: 57118/JRG.v7i15.1696

Recebido: 24/11/2024 | Aceito: 30/11/2024 | Publicado *on-line*: 03/12/2024

Marcela Suely Lopes Borges¹

Centro Universitário Mário Pontes Juca –UMJ, AL, Brasil
E-mail: marcelasl715@gmail.com

Rayane Steffany Gomes Lopes²

Centro Universitário Mário Pontes Juca –UMJ, AL, Brasil
E-mail: rayanesteffany31@gmail.com

Carlos Queiroz do Nascimento³

<https://orcid.org/0000-0002-3345-2500>
 <http://lattes.cnpq.br/9130452810701067>
Centro Universitário Mário Pontes Juca –UMJ, AL, Brasil
E-mail: carlos.nascimento@umj.edu.br



Resumo:

O artigo aborda a violência contra a mulher como um problema de saúde pública com graves implicações físicas, psicológicas e sociais. Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, a violência de gênero é impulsionada por desigualdades estruturais e culturais. No Brasil, avanços como a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio têm contribuído para a proteção das vítimas, mas desafios persistem, como a subnotificação e a falta de preparo de profissionais de saúde. O estudo enfatiza a importância da notificação compulsória, do fortalecimento de políticas públicas e da abordagem intersetorial para o enfrentamento do problema. A revisão integrativa apresentada no artigo visa identificar os impactos da violência e as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para assistir as vítimas.

Palavras-chave: Violência de gênero. Saúde pública. Políticas de enfrentamento.

¹ Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Mario Pontes Juca –UMJ, AL, Brasil

² Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Mario Pontes Juca –UMJ, AL, Brasil

³ Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Alagoas-UFAL. Doutor em Saúde e Ambiente com ênfase em Enfermidades e Agravos de Impacto Regional pela Universidade Tiradentes-UNIT.

Abstract:

The article addresses violence against women as a public health issue with severe physical, psychological, and social implications. Recognized by the World Health Organization, gender-based violence is driven by structural and cultural inequalities. In Brazil, advancements such as the Maria da Penha Law and the Feminicide Law have contributed to protecting victims; however, challenges persist, including underreporting and the lack of preparedness among healthcare professionals. The study highlights the importance of mandatory reporting, the strengthening of public policies, and an intersectoral approach to tackling the issue. The integrative review presented in the article aims to identify the impacts of violence and the strategies used by healthcare professionals to assist victims.

Keywords: Gender-based violence. Public health. Policy responses.

1. INTRODUÇÃO

As várias formas de violência às quais as mulheres estão susceptíveis podem acarretar uma miríade de consequências para a integridade física e mental das mesmas, e conseqüentemente pode elevar à necessidade de atendimento médico. Essas intercorrências podem trazer implicações à qualidade de vida da mulher, além de externalidades para a sociedade como um todo. Sendo assim, além da demanda por acolhimento clínico provocado pelos atos de violência, é possível que mulheres vítimas de violência tenham pior percepção do seu estado de saúde, comparativamente às consortes não agredidas (CRUZ; 2019).

A violência contra a mulher é definida como qualquer atitude ou conduta fundamentada no gênero que tenha como consequência a morte, o dano ou o sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, seja no âmbito público ou privado (BRASIL, 1994). Esse tipo de agressão contra a população feminina foi reconhecido em 1993, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma questão de saúde pública devido às consequências geradas na Saúde da Mulher, da Família e da Comunidade (CORTES; PADOIN, 2016).

Dentre os fatores predisponentes um dos mais importantes é a desigualdade de gênero. Outro fator que contribui para a naturalização da violência nos dias de hoje, possui suas raízes em questões históricas, uma vez que há relatos da submissão da mulher ao homem e da violência conjugal desde o período colonial (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014).

Dentre as mulheres adultas vítimas de violência, as consequências possíveis podem ser o suicídio, problemas ginecológicos, gravidez indesejada, complicações na gravidez, aborto e a possibilidade de contágio com DSTs e/ou HIV/AIDS. Com esteio nessa discussão, percebe-se a importância do acolhimento para mulheres que sofreram algum tipo de agressão, haja vista que essas mulheres, sobremaneira, buscam cuidados de saúde, sem fundamentalmente revelar o ensejo de suas lesões ou problemas (CRUZ; IRFFI, 2019).

Ademais, mesmo em áreas urbanas, ainda são pouco utilizados os itens necessários para promoção das provas periciais e a existência de residências com suporte para acolhimento de mulheres que sofreram violência. Em áreas metropolitanas as mulheres são mais susceptíveis a violência cometida por estranhos, contudo, grande parte dos atos violentos sofridos pelas mulheres é advinda de pessoas conhecidas da vítima (CRUZ; IRFFI, 2019).

No Brasil, mais da metade das mulheres que residem em área rural e que

sofreram violência foram agredidas por agentes conhecidos. Apesar da subnotificação de relatos de violência mais preponderantes em áreas rurais, é mais provável que uma mulher rural identifique um agressor conhecido que uma mulher residente em área urbana ou metropolitana (MONSEY *et al.*, 2005).

Além disso, a notificação possibilita o mapeamento das características das situações de violência e sua prevalência, dados que podem ser utilizados na proposição de políticas de prevenção e enfrentamento (GONÇALVES & FERREIRA, 2002). Atualmente, a descrição dos casos de violência que aconteciam no Brasil limitava-se às informações fornecidas pelos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM), pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH) e pelas análises dos boletins de ocorrência policial (LAWRENZ *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência contra mulheres aumenta o risco de problemas de saúde. Todavia, a real dimensão das consequências é algo difícil de mensurar, contudo, a extensão da violência costumeiramente traz sequelas físicas e psíquicas. Os resultados encontrados para o Canadá, que tratam de diferentes aspectos de violência contra a mulher; um dos resultados apontou que 45% das mulheres casadas agredidas em assalto procuraram atendimento médico. E, ainda, que a violência durante a gravidez se constitui em um risco tanto para a saúde das mães quanto dos fetos (WHO, 2002).

No âmbito da saúde, a temática da violência contra a mulher ganhou maior visibilidade e importância. Em relação à violência sexual, o amparo e assistência às vítimas, adquiriu maior beneficiamento, como a implementação das equipes de profissionais de saúde especializadas. Tais equipes, organizadas em forma de rede intersetorial na atenção à saúde das vítimas é considerada porta de entrada e pilar fundamental no reconhecimento, na notificação, no tratamento e no encaminhamento dos casos de violência (SANTOS; VIEIRA, 2011).

O número de vítimas de violência registrado aumentou espantosamente, porém sabe-se que esse valor é ainda maior, visto que muitos casos são subnotificados, passando despercebidos pelos profissionais de saúde ou devido a omissão das mulheres, que temem os julgamentos sociais e represálias do parceiro, os quais são seus provedores, além de objetivar a proteção dos filhos (PEREIRA-GOMES, 2015).

Dessa forma, faz-se necessário o aprofundamento dos conhecimentos sobre os casos de violência contra mulheres, permitindo que novas ações de apoio social sejam desenvolvidas. Ademais, ressaltamos a necessidade da implementação e fortalecimento de políticas públicas para uma efetiva conscientização sobre a importância da denúncia, bem como a informação sobre os serviços de atendimento disponíveis às vítimas (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

HIPÓTESE

Acredita-se que por se tratar de um problema de saúde pública, a violência contra a mulher exija dos profissionais de saúde uma atenção especial no que se refere ao enfrentamento desse problema que atinge milhares de pessoas.

JUSTIFICATIVA

Os ataques e abusos contra o público feminino vem sendo cada vez mais notório no mundo atual, as mídias sociais tem divulgado dados alarmantes dos vários tipos de violência que milhares de mulheres passam todos os dias.

Como este problema reflete diretamente na saúde pública no Brasil e do mundo, as autoridades de saúde criaram estratégias para manejar e notificar casos

como esse através de recomendações e fluxos de ações que direcionem a mulher vítima de violência.

Sendo assim, temas como esse torna-se fundamental para todos os profissionais de saúde, pois em sua prática clínica exige que este entenda a relevância bem como as devidas ações desde a identificação até a notificação desta problemática.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Mostrar a importância da violência contra a mulher no contexto dos serviços de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil das mulheres vítimas de violência;
- Descrever as ações dos profissionais de saúde no enfrentamento da violência contra a mulher;
- Identificar as principais consequências que a violência deixa nas vidas das mulheres agredidas.

Referencial teórico

A violência contra a mulher é definida como qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha possibilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo a ameaça de praticar tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade em ambiente público ou privado. É reconhecida como uma violação de direitos humanos e um grave problema de saúde pública (WHO, 2016). Trata-se de um fenômeno que atinge mulheres em todas as partes do mundo, sendo que os parceiros íntimos são reconhecidos como os principais agressores (BAUGHER; GAZMARARIAN, 2015).

Fatores sociais e culturais devem ser considerados quando se examina a natureza da violência contra a mulher. Para tanto, faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais. Gênero é um conceito cultural relacionado à forma como a sociedade atribui papéis diferentes a homens e mulheres (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005). Enquanto os homens dominam e controlam, espera-se das mulheres cuidado e submissão. Em muitas culturas, a violência de gênero continua sendo aceita como uma prática normal, e mulheres silenciam o seu sofrimento (WHITE; SATYEN, 2015).

No Brasil, a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) é um serviço de utilidade pública gratuito e confidencial que recebe notificações de violência e reclamações sobre os serviços da rede de atendimento, orientando as mulheres sobre legislação e seus direitos. De acordo com dados do Ligue 180, em 2015, foram realizados 749.024 atendimentos, uma média de 62.418 por mês e 2.052 por dia. Do total de atendimentos, 10,23% corresponderam a relatos de violência, dos quais 58,86% foram cometidas contra mulheres negras. A violência afeta diferentes aspectos da vida da mulher: sua saúde, produtividade e habilidade de cuidar de si e de sua família (KUMAR *et al.*, 2013; MENDONÇA & LUDERMIR, 2017).

Agressões físicas com ataques repetidos ou de alta intensidade podem causar traumatismos (fraturas e hemorragias) e lesões/doenças crônicas (dor crônica). Os altos índices de estresse vivenciados pelas vítimas podem contribuir para o desenvolvimento de hipertensão arterial, problemas gastrointestinais e transtornos mentais (MIRANDA *et al.*, 2010). Os sintomas psicológicos podem se manifestar na

forma de negação, choque, confusão e medo. Transtornos comumente apresentados por mulheres vítimas de violência são depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ideação e tentativa de suicídio e abuso de substâncias (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

Em 2006, entrou em vigor uma lei específica que objetiva coibir a violência contra as mulheres no Brasil, conhecida como Lei Maria da Penha. A partir dessa lei, todo caso de violência contra mulher torna-se crime e deve passar por inquérito policial. A lei tipifica as formas de violência doméstica (Lei Federal nº 11.340, 2006).

A partir de 2015, passou a vigorar a Lei do Feminicídio. De acordo com a nova lei, as agressões cometidas contra uma pessoa do gênero feminino no âmbito familiar que, de forma intencional, causem lesões ou agravos que levem à morte são chamadas de feminicídio (Lei Federal nº 13.104, 2015). Entre 2003 e 2013, o número de vítimas de feminicídio passou de 3.937 para 4.762, um aumento de 21% na década. As 4.762 mortes em 2013 representam 13 feminicídios diários (WASELFSZ, 2015).

Desde a década de 1970, a notificação de situações de violência é compulsória para todos os profissionais e responsáveis por serviços públicos e privados de saúde (Lei Federal nº 6.259, 1975). A obrigatoriedade da notificação dos casos específicos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados também foi estabelecida pela Lei Federal n. 10.788, de 24 de novembro de 2003 (Lei Federal nº 10.788, 2003). Por meio da notificação, os órgãos de proteção podem atuar no rompimento do ciclo de violência e na garantia de proteção à vítima.

A partir de 2009, as notificações referentes à violência interpessoal passaram a ser realizadas por meio da Ficha Individual de Notificação SINAN (FIN-SINAN). A FIN-SINAN é composta por questões a respeito das características da vítima, o local de ocorrência e a tipologia da violência (LAWRENZ *et al.*, 2019).

Nos casos de violência sexual, investiga-se a ocorrência de penetração e os procedimentos de saúde realizados. Em relação aos dados do provável autor da agressão, pergunta-se o número de envolvidos, o vínculo/grau de parentesco com a vítima, gênero e suspeita de uso de álcool pelo agressor. São incluídas, também, questões sobre as consequências da violência, os encaminhamentos no setor da saúde para os demais serviços que compõem a rede de proteção e a evolução do caso (BRASIL, 2008).

O aumento do número de vítimas e as graves repercussões sociais, devido as condições que estas mulheres estavam submetidas, motivaram a criação de programas de coleta de dados sobre a violência contra a mulher e a organização de ações resolutivas e de prevenção de agravos. Ademais, a criação da Lei Maria da Penha garantiu punições mais efetivas contra o agressor e a maior proteção da vítima, bem como a autorização legal da interrupção da gestacional, nos casos decorrentes de estupro de acordo com decisão do STF pela ADPF 54, votada no ano de 2012 (BRASIL, 2012).

Atores argumentam que pessoas abusadas sexualmente são mais propensas ao alcoolismo, timidez, problemas de relacionamento, tendência suicida e depressão, dentre outros problemas de saúde. Existem relatos da existência de correlação entre ter sofrido violência e o desenvolvimento de doenças tais como alergias, dores pélvicas e irregularidade menstrual (WHIFFEN; MACINTOSH, 2005).

Cabe destacar que o ciclo de violência contra a mulher pode ser iniciado mesmo antes do nascimento e se estender por toda a fase adulta. No período gestacional o ciclo da violência pode ocorrer principalmente por meio do aborto seletivo, ou seja, a partir de uma indicação formal de que bebês do sexo feminino

sejam abortados (CRUZ; IRFFI, 2019).

A violência, por ser um fenômeno sócio-histórico, acompanhada de experiência da humanidade, torna-se problema de saúde pública porque afeta a saúde individual e coletiva, e para sua prevenção e tratamento, exige formulação de políticas específicas organização de práticas e de serviços peculiares (SOUTO *et al.*, 2012).

Além disso, a violência onera o sistema de saúde devido às despesas com cuidados hospitalares, a redução dos anos de vida produtiva, a possibilidade de deixar sequelas às vítimas e o aumento da mortalidade. Percebe-se ainda que não só a vítima sofre com a agressão; a família, os cuidadores e os profissionais de saúde também são envolvidos (MASCARENHAS *et al.*, 2017).

Apesar de o tema violência figurar no cenário de políticas sociais como um importante problema de saúde pública no Brasil, ainda há escassez de estudos que permitam a identificação de sua magnitude na população em geral. Alguns estudos existentes dimensionam o problema em segmentos populacionais específicos em áreas geográficas de abrangência limitada ou apenas em serviços selecionados, mas não exploram a distribuição do evento em dimensão nacional (SILVA *et al.*, 2012).

Há limitações que dificultam conhecer a magnitude do problema, tais como: ausência de pesquisas em nível nacional que informem sobre os tipos específicos de violência e as dificuldades de estimar as incidências destes agravos por meio dos sistemas de informação e atendimentos nos serviços públicos de saúde (MASCARENHAS *et al.*, 2017).

Alguns fatores são predisponentes para ocorrência de tais agressões, como a desigualdade entre os gêneros e a dependência financeira, sendo a ausência desta, somada ao maior grau de escolaridade, fatores protetores, pois ao valorizarem a integridade da mulher e desmistificar a ideia de submissão feminina, são capazes de reduzir os casos de violência (GOMES *et al.*, 2014). A religião influi negativamente, pois fortalece o modelo de família patriarcal, de subordinação da mulher ao marido, ocasionando a naturalização da violência e, conseqüentemente, maior resistência à denúncia (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Cumprido assinalar que os atos de agressão apresentam diversidade em seus cenários e situações, seja na forma de agressões verbais e outras formas de abuso emocional, violência física ou sexual, provocando tanto danos físicos, quanto danos psicológicos. Além disso, pode atingir o extremo com o óbito da vítima, crime penalmente tipificado como feminicídio, os quais 40% são cometidos por um parceiro íntimo (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Alguns estudos mostraram que a maioria das mulheres sofreram agressão pelo menos uma vez na vida sendo repetida em grande parte dos casos. De acordo com as notificações, há predomínio da violência sexual, seguida de violência psicológica/moral e, por último, a física, porém, em sentido contrário, outras pesquisas concluíram que a violência mais frequente foi a física. Além disso, observou-se a existência de um ciclo, iniciado na violência psicológica/emocional, evoluindo para agressão física e culminando na violência sexual (SILVA *et al.*, 2012).

O meio mais utilizado para a prática de violência sexual é a força corporal ou o espancamento seguido de ameaças, portanto, observou-se que, muitas vezes, não há desejo sexual, mas sim a vontade de dominar e reprimir, abusar da condição que exercem sobre elas. A maioria das mulheres se sentem submissas e temem o agressor, mas, em algum momento, já revidaram a agressão. Ademais, relataram ainda que por não suportarem mais a violência ou por terem sofrido ameaça ou tentativa de morte abandonaram o lar, todavia, retornaram para o ambiente de violência familiar por amor, pelo bem da família/dos filhos e/ou para atender ao pedido

do parceiro (VELOSO *et al.*, 2013).

Outro avanço nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foi o lançamento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, que aborda, como elemento principal, a forma de atuação no enfrentamento da violência doméstica e sexual contra a mulher. Posteriormente, formularam-se publicações referentes à prevenção da gravidez indesejada, a introdução da Anticoncepção de Emergência (AE) em 2005, e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, possibilitando uma abordagem inovadora nos serviços de saúde e maior garantia dos direitos sexuais femininos (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

Apesar da regulamentação da Notificação Compulsória e do aumento da prática noticiatória, ressalta-se a alta prevalência de casos subnotificados, devido ao despreparo dos profissionais e omissão das vítimas, esta motivada pelo receio de represálias, insegurança frente a conduta de auxílio após denúncia, dependência financeira e emocional do agressor e proteção dos filhos (GOMES, 2014).

Alicerçados nestas políticas de controle, foi estabelecida a obrigatoriedade da realização compulsória de notificação, nos casos de violência contra a mulher para os atendimentos em serviços públicos e privados de saúde, em todoo território nacional, de acordo com a Lei Federal nº 10.778 de 24 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003).

2. Materiais e métodos

Este estudo se tratará de uma revisão integrativa da literatura que consiste na construção de uma análise da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O levantamento será realizado por meio de artigos científicos acessados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Foram utilizados os descritores em ciências da saúde (Dec's) juntamente com o operador booleano "AND", formando as seguintes estratégias de busca: "Violência Contra a Mulher" AND "Sistemas de Informação em Saúde" AND "Profissionais de Saúde" AND "Atendimento Integral à Saúde da Mulher".

Como critério de inclusão serão utilizados os artigos relacionados no período de 2017 a 2022, ou seja, últimos 5 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão foram retiradas as publicações de teses, livros e capítulos de livros, e os artigos que não respondiam o objetivo deste estudo. A coleta de dados ocorrerá no período de janeiro a abril de 2024.

Para a síntese dos artigos que atenderão aos critérios de inclusão será utilizada uma tabela que contemplou as seguintes informações: título do artigo, base de dados, ano de publicação, método aplicado, autor(es). Esta pesquisa não teve envolvimento direto ou indireto com seres humanos, sendo assim não sendo necessário ser submetida ao Comitê de Ética.

3. CRONOGRAMA

MES/ETAPAS	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Escolha do tema	X							
Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X			
Elaboração do pré-projeto	X							
Apresentação do projeto					X			
Coleta de dados		X	X	X	X			
Análise dos dados		X	X	X	X			
Redação do trabalho					X	X		
Revisão e redação final						X	X	
Entrega do artigo							X	
Defesa do artigo								X

4. ORÇAMENTO

QUANTIDADE	MATERIAIS	Valor R\$/cada	Valortotal
01	Resma de papel A4	R\$ 13,00	R\$ 13,00
20	Impressões	R\$ 0,20	R\$ 4,00
03	Canetas esferográficas	R\$ 6,00	R\$ 18,00
TOTAL			R\$ 35,00

REFERÊNCIAS

BAUGHER, Amy R.; GAZMARARIAN, Julie A. Masculine gender role stress and violence: A literature review and future directions. **Aggression and Violent Behavior**, v. 24, p. 107-112, 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54-8 [Internet]. Voto do Relator: Ministro Marco Aurélio de Melo. Brasília (DF): STF, 2012.

BRASIL. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher “Convenção de Belém do Pará”. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Belém (PA); 1994.

BRASIL. Lei Federal 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. 2003.

CAVALCANTI, Gisélia de Moura Bezerra et al. A violência contra a mulher no sistema único de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 146-154, 2020.

CORTES, Laura Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello. Intencionalidade da ação de cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, 2016.

CRUZ, Mércia Santos; IRFFI, Guilherme. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2531-2542, 2019.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 383-394, 2013.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família [Addressing domestic violence through the family health strategy]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 477-481, 2014.

LAWRENZ, Priscila et al. Violência contra mulher: notificações dos profissionais da saúde no Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2019.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência cometida por pessoa conhecida-Brasil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3763-3772, 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p.

758-764, 2008.

MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Naomi. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 564-574, 2011.

MONSEY, Barbara R. et al. **What Works in Preventing Rural Violence: Strategies, Risk Factors, and Assessment Tools**. Amherst Wilder Foundation/Publishing Center, 919 Lafond Avenue, St. Paul, MN 55104, 1995.

PEREIRA-GOMES, Nadirlene et al. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Revista de Salud Pública**, v. 17, p. 823-835, 2015.

PIOSIADLO, Laura Christina Macedo; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GESSNER, Rafaela. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 728-733, 2014.

SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 93-108, 2011.

SILVA, Raquel de Aquino et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 46, p. 1014-1022, 2012.

SILVA, Raquel de Aquino et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 46, p. 1014-1022, 2012.

SOUTO, Rafaella Queiroga et al. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 72-77, 2012.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1263-1272, 2013.

WHIFFEN, Valerie E.; MACINTOSH, Heather B. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 6, n. 1, p. 24-39, 2005.

World Health Organization (WHO). **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva: WHO; 2002.

World Health Organization (WHO). **Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women: building on lessons from the WHO publication putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women**. 2016.