Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Barreiras para identificação e notificação da violência contra a mulher por profissionais da saúde

Barriers to the identification and reporting of violence against women by healthcare professionals

Obstáculos para la identificación y notificación de la violencia contra las mujeres por parte de los profesionales de la salud

Micheline Raquel Beneton de Medeiros[1], Sandréli Terezinha da Cruz[1], Mileni dos Santos[1], Ethel Bastos da Silva[1], Cléton Salbego[2], Marta Cocco[1], Elisabeth Teixeira[3].

RESUMO -

Objetivo: Analisar barreiras enfrentadas por profissionais de saúde para identificar e notificar casos de violência contra a mulher nos serviços de saúde. **Métodos:** Revisão integrativa, realizada nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL e EMBASE, guiada pelo acrônimo População, Interesse e Contexto. Os estudos selecionados consideraram o recorte de 2013 a 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol. A seleção dos estudos foi conduzida por dois revisores independentes. **Resultados:** Foram incluídos 17 artigos. Dentre as barreiras identificadas destacam-se a ausência do tema na formação profissional, o baixo conhecimento e falta de habilidades ou competências, limitações organizacionais, institucionais e sistêmicas dos serviços de saúde, além de dificuldades éticas, relacionais e socioculturais no processo de notificação. **Considerações finais:** Em alguns países as divergências éticas são influenciadas pela comunicação policial. No Brasil, além das divergências apresentadas, a ficha de notificação é um instrumento restrito à vigilância epidemiológica, o que pode contribuir para o distanciamento entre a saúde e a segurança pública.

Palavras-chave: -Violência contra mulher, Notificação, Profissionais de saúde, Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the barriers faced by health professionals in identifying and reporting cases of violence agaisnst womwn within health services. **Methods:** This integrative review was conducted using the PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, and EMBASE databases, guided by the Population, Interest, and Context (PICo) framework. The selected studies included publications from 2013 to 2025 in Portuguese, English, or Spanish. Study selection was performed independently by two reviewers. **Results:** Seventeen articles were included. The main barriers identified included the absence of the topic in professional education and training, limited knowledge and lack of skills or competencies, organizational, institutional, and systemic limitations within healthcare services, as well as ethical, relational, and sociocultural challenges in the reporting process. **Final considerations:** In some countries, ethical disagreements are influenced by communication with police

[1] Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões (UFSM), Palmeira das Missões – RS.
[2] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul campus Coxim (UFMS), Coxim – MS.
[3] Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus – AM.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 8/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

authorities. In Brazil, in addition to the previously identified divergences, the reporting form is restricted to epidemiological surveillance purposes, which may contribute to the disconnect between the health and public security sectors.

Keywords: Violence against women, Reporting, Health professionals, Public health surveillance.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las barreras que enfrentan los profesionales de la salud para identificar y notificar casos de violencia contra las mujeres en los servivios de salud. **Métodos:** Revisión integradora realizada en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL y EMBASE, guiada por el acrónimo Población, Interés y Contexto (PICo). Los estudios seleccionados comprendieron el período de 2013 a 2025, en portugués, inglés o español. La selección de los estudios fue realizada por dos revisores independientes. **Resultados:** Se incluyeron 17 artículos. Entre las principales barreras identificadas se destacaron la ausencia del tema en la formación profesional, el bajo nivel de conocimiento y la falta de habilidades o competencias, las limitaciones organizacionales, institucionales y sistémicas de los servicios de salud, además de dificultades éticas, relacionales y socioculturales en el proceso de notificación. **Consideraciones finales:** En algunos países, las divergencias éticas están influenciadas por la comunicación con las autoridades policiales. En Brasil, además de las divergencias señaladas, el formulario de notificación está restringido a fines de vigilancia epidemiológica, lo que puede contribuir al distanciamiento entre los sectores de salud y seguridad pública.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, Notificación, Profesionales de la salud, Vigilancia en salud pública.

INTRODUÇÃO

O gênero é descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a soma de características instituídas pela sociedade, abrangendo as relações, valores e normas sociais que mudam conforme a cultura (WHO, 2024). Segundo a OMS, a violência contra a mulher (VCM) é definida como ¨qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado¨ (BRASIL, 2011). Em 2003, o governo brasileiro decretou a Lei número 10.778, instituindo a ficha de notificação (FN) de casos suspeitos e confirmados de VCM. Esse instrumento é obrigatório e deve ser emitido nas unidades de saúde, bem como por todos os seus profissionais (BRASIL, 2003). Devido à magnitude da VCM, em 2011 a FN passou a integrar a lista de notificações compulsórias (LNC) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2016). Seu objetivo principal é dar visibilidade ao problema, além de diminuir a violência no território nacional (VASCONCELOS NMDE, et al., 2024).

O Ministério da Saúde (MS) elaborou o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, para nortear as ações dos profissionais frente ao preenchimento da FN. Salienta que, a partir do momento em que se identifica uma situação de violência, o profissional de saúde deve notificar em ficha padronizada. A FN é um instrumento extenso e de preenchimento complexo, composto por diversas variáveis relacionadas à vítima, ao agressor e às circunstâncias da violência. Apesar da existência de versão digital, seu uso ainda ocorre em formato impresso, sendo posteriormente digitado no SINAN (BRASIL, 2011).

Entretanto, até o momento, o preenchimento da FN se apresenta como uma grande barreira para as entidades governamentais nacionais. Estudo relata que cerca de 2/3 dos profissionais de saúde que detectam um caso de violência não efetuam a notificação de forma correta (SOUZA EG, et al., 2018). Entre as barreiras para a notificação, constata-se a ausência de proximidade com a FN, o medo de sofrer retaliação por parte do agressor e falta de educação permanente (EP) (MUNIZ BAA, et al., 2022).

Ainda, o que se verifica é a falta de percepção dos profissionais da saúde em reconhecer as evidências implícitas da violência. Isso contribui para a falta de entendimento sobre a importância da notificação (SOUZA EG, et al., 2018).

No cenário internacional europeu, a identificação e notificação da violência vivenciada por mulheres também é obrigatória, sendo sua prática um problema recorrente no cotidiano de trabalho dos profissionais. A ONU recomenda a notificação em âmbito mundial, no entanto, 32% dos países adotam a comunicação à polícia como obrigatoriedade e, isto pode afastar as mulheres do serviço quando não é de seu desejo denunciar (WHO, 2025).

Nas américas, 6% dos países não adotam a notificação nos serviços de saúde, 37% dos estados membros adotam a obrigatoriedade na notificação, mas não a denúncia. 57% não especificam a obrigatoriedade, no entanto, recomenda a existência de orientações para a notificação como um requisito em protocolos de violência contra mulher no setor saúde (PAHO, 2022).

No Brasil, a obrigatoriedade da notificação se pauta no sigilo, onde não há exposição do profissional e nem a revitimização da mulher. A FN tem caráter epidemiológico para o setor da saúde e auxilia no direcionamento da continuidade do cuidado em rede. Em casos extremos, a exemplo da violência sexual, há necessidade de intervenção imediata (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a complexidade que envolve o processo de notificação que se inicia com a identificação da violência, preenchimento da FN e acompanhamento das mulheres no dia a dia do trabalho em saúde, além de divergências de leis a nível mundial, percebe-se a necessidade de investigar acerca das barreiras que os profissionais enfrentam em seus contextos de atuação. Frente ao exposto, esta pesquisa objetiva analisar as barreiras para a identificação e notificação da violência contra mulheres por profissionais de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura estruturada nas seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação final da revisão (WHITTEMORE R, KNAFL K, 2005). A questão norteadora foi construída a partir do acrônimo PICo - População, Interesse, Contexto (MENDES KDS, et al., 2019). Desta forma, estabeleceu-se: população (P) = profissionais de saúde envolvidos na notificação da violência; interesse (I) = dificuldades, barreiras ou desafios na identificação e notificação da violência interpessoal/autoprovocada contra a mulher; contexto (Co) = serviços de saúde.

A questão de pesquisa, portanto, foi: Quais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais na identificação e notificação de violência interpessoal/autoprovocada contra a mulher nos serviços de saúde? As buscas foram realizadas com a colaboração de uma bibliotecária especializada na recuperação da informação em saúde. O mapeamento das palavras-chave e dos termos controlados ocorreu por meio da busca de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) via Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Medical Subject Headings* (MESH) pelo portal Pubmed; e Emtree (Embase subject headings) da base de dados EMBASE (Elsevier). Para a associação dos termos utilizaram-se os operadores booleanos AND e OR com o foco de expandir a busca por estudos primários.

A coleta dos dados ocorreu de janeiro a fevereiro de 2026. As bases de dados consultadas e as estratégias de busca elaboradas para cada base de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), SciVerse Scopus/Elsevier, Web of Science (WoS) Core Collection/Clarivate Analytics, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL/EBSCO) e EMBASE/Elsevier incluindo os descritores, palavras-chave, operadores booleanos e adaptações específicas, encontram-se apresentadas no Material Suplementar 1.*

Como critérios de inclusão, buscaram-se apenas estudos primários, compreendendo os disponíveis eletronicamente na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram excluídas teses, dissertações, manuais, capítulos de livro e protocolos ministeriais. No caso de repetição, essas produções foram contabilizadas apenas uma vez. O recorte temporal foi de 2013 a 2025, devido ao marco histórico em 2013, quando a OMS classificou a violência contra a mulher como um problema de saúde global de proporções epidêmicas, demandando ações do setor da saúde.

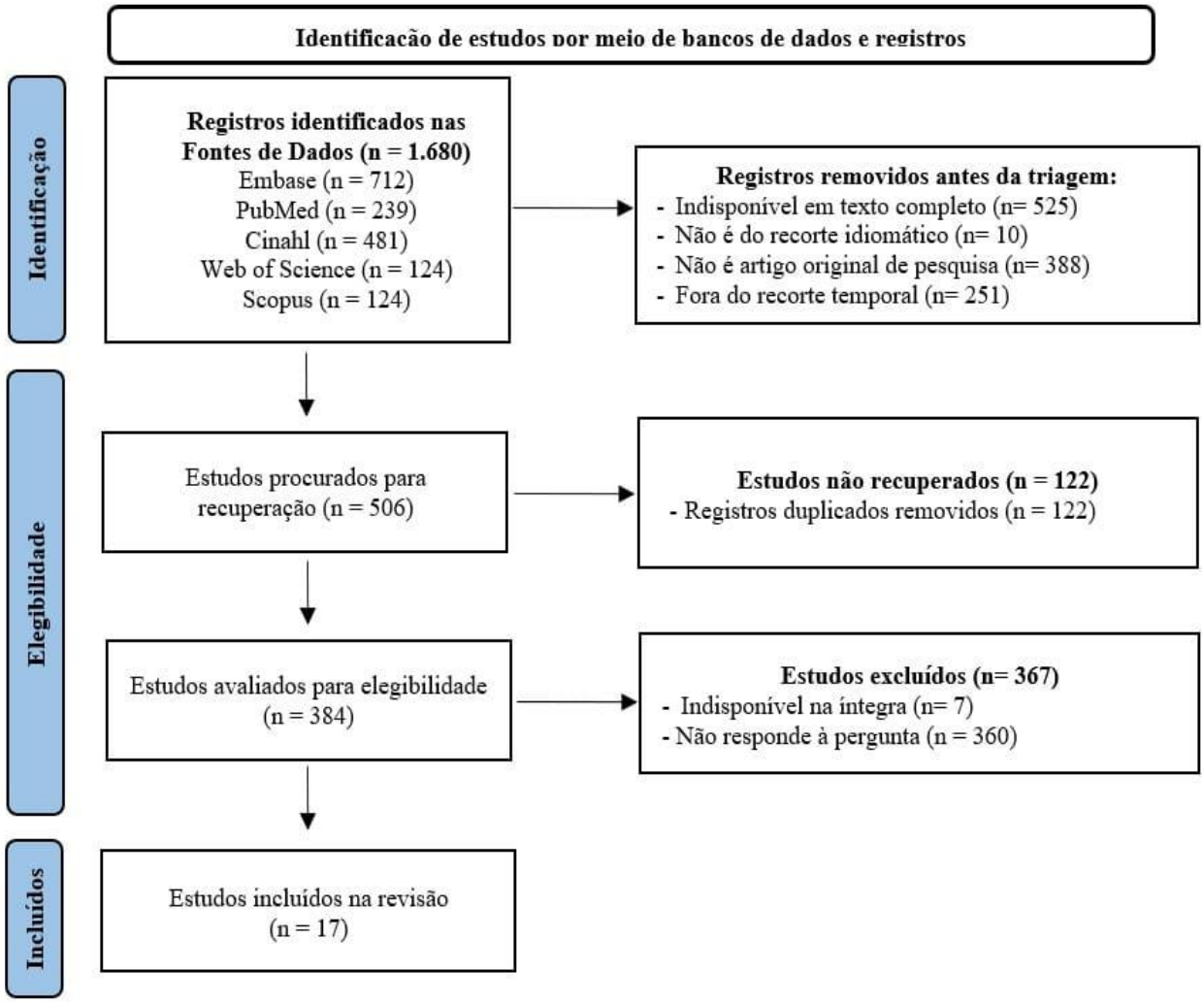
Após a busca dos estudos nas bases de dados, todos os registros identificados foram importados para o *software* Rayyan, para a remoção de duplicatas (OUZZANI M, et al., 2016). Em seguida, dois revisores independentes realizaram a triagem mediante a leitura de títulos/resumos em modo cego (*Blind* ON/OFF). As divergências foram resolvidas por um terceiro revisor, e a seleção foi precedida por teste piloto com 100 títulos/resumos.

Para a captação dos dados, foi utilizado um roteiro para extração das principais informações a serem consideradas nas publicações como: autor, ano e país da realização do estudo, periódico, participantes e nível de evidência. As informações foram classificadas em cinco níveis: nível I - metanálise de ensaios clínicos randomizados e controlados; nível II - ensaios clínicos randomizados e controlados; nível III - ensaios clínicos sem aleatorização; nível IV - estudos de caso-controle e coorte; nível V - revisões sistemáticas, estudos descritivos e qualitativos; nível VI - opiniões de autoridades e/ou parecer de comitês de especialistas (MELNYK B, FINEOUT-OVERHOLT E, 2019). Nesta revisão integrativa da literatura, foram respeitados os princípios nacionais e internacionais de ética em pesquisa.

RESULTADOS –

A busca nas bases de dados identificou 1.680 artigos, entretanto, após a investigação de duplicidade de resultados, 367 artigos foram excluídos. Com a aplicação dos critérios de inclusão, apenas 17 artigos compuseram a amostra final, conforme pode ser observado no fluxograma abaixo:

Figura 1 --Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão integrativa**.**



Fonte: Medeiros MRB, et al., 2026. Fundamentado em: Tricco AC, et al., 2018.

Os achados foram organizados em cinco categorias analíticas descritas: Caracterização dos estudos incluídos, Barreiras relacionadas à formação e conhecimento profissional, Barreiras institucionais e organizacionais, Barreiras éticas, relacionais e socioculturais e Implicações para políticas públicas e educação permanente.

Categoria 1: Caracterização dos estudos incluídos

A caracterização dos estudos incluídos nesta revisão integrativa, contempla informações referentes aos autores, ano de publicação, país de origem, periódico, participantes, delineamento metodológico e nível de evidência. Estas informações estão apresentadas no **Quadro 1.**

Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados para a revisão integrativa.

ID	Autor, Ano e País	Periódico	Participantes	Método	NE
01	MANFRINI GC, et al. (2025) Brasil	Acta Biomed.	12 profissionais da saúde: 2 enfermeiros, 2 dentistas, 3 técnicos de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (ACS)	Estudo qualitativo descritivo	VI
02	AIMUAMMAR S. e ALLHOWIG W, (2024) Arabia Saudita	International *Journal of Emergency Medicine*	400 médicos	Estudo quantitativo transversal	VI
03	BARISHANSKYSJ, et al. (2021) EUA	*Fertility and Sterility*	95 médicos endocrinologistas	Estudo quantitativo transversal	VI
04	DECKER H, et al. (2021) EUA	*Journal of Surgical Research*	57 Residentes de cirurgia do trauma	Estudo quantitativo transversal	VI
05	CREEDY DK, et al. (2021) Austrália	*BMC Health Services Research*	615 profissionais de saúde	Estudo quantitativo transversal	VI
06	MIRANDA R B e LANGE S, (2020), Noruega	*Public Library of Science PLoS ONE*	16 profissionais: 4 profissionais da saúde e 4 profissionais da justiça criminal em cada país	Estudo qualitativo, exploratório	VI
07	TASKIRAN A C, et al. (2019) Turquia	*Primary Health Care Research Development*	266 profissionais de saúde da Atenção Primária	Estudo qualitativo transversal	VI
08	KIND L, et al. (2013) Brasil	Cadernos de Saúde Pública	270 profissionais da atenção primária	Estudo quanti-qualitativo	VI
09	PINTO SILA, (2023) Portugal	Revista de Enfermagem	98 profissionais de saúde enfermeiros	Estudo quantitativo transversal	VI
10	MACHADO M ES, et al. (2017) Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem Online -	12 profissionais da saúde	Estudo qualitativa descritiva, exploratória	VI
11	AVANCI JQ, et al. (2025) Brasil	Ciência e Saúde Coletiva	63 profissionais da saúde 290 entrevistas em serviços de saúde	Estudo quanti-qualitativo	VI
12	AVANCI JQ, et al. (2025) Brasil	Ciência e Saúde Coletiva	63 profissionais da saúde 290 entrevistas em serviços de saúde	Estudo quanti-qualitativo	VI
13	MOREIRA DN e DA COSTA M P, (2023) Portugal	*BMC Health Services Research*	54 médicos da família	Estudo qualitativo	VI
14	AL SHANAMMARI A, et al. (2023) Arábia Saudita	Revista Internacional de Enfermagem	18 enfermeiras	Estudo qualitativo	VI
15	MARTINS LCA, et al. (2018) Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem	53 profissionais Saúde	Estudo quantitativo descritivo	VI
16	CARNEIRO J B, et al. (2022), Brasil	*INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*	31 profissionais de saúde	Estudo qualitativo	VI
17	MOREIRA D N e PINTO CM, (2024) Portugal	*BMC Primary Care*	54 médicos da família	Estudo qualitativo	VI

Legenda: ID - identificador; NE - nível de evidência. **Fonte:** Medeiros MRB, et al., 2026.

A caracterização dos estudos incluídos evidencia a predominância de pesquisas publicadas com maior concentração nos anos de 2023 a 2025, refletindo o crescente interesse científico pela temática**;** Quanto à distribuição geográfica, observa-se diversidade de contextos, abrangendo Brasil, Estados Unidos, Portugal e países do Oriente Médio, demonstrando que há investigação em diferentes sistemas de saúde e contextos socioculturais.

Em relação aos participantes, os estudos destacam as equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e outros profissionais da Atenção Primária à Saúde. Nove estudos concentraram-se em categorias profissionais específicas, como médicos da família, médicos endocrinologistas, residentes de cirurgia do trauma, enfermeiros e profissionais da justiça criminal, evidenciando diferentes perspectivas sobre o fenômeno investigado.

Os cenários das pesquisas foram diversificados, com predomínio dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo Estratégias Saúde da Família e unidades básicas de saúde. Quanto ao delineamento metodológico, observa-se predominância de estudos qualitativos, seguidos por estudos quantitativos, principalmente de delineamento transversal e quanti-qualitativos.Todos as pesquisas apresentaram nível de evidência VI, indicando que a produção científica ainda se fundamenta em investigações de caráter exploratório e descritivo.

O **Quadro 2** apresenta as três categorias seguintes com os principais achados dos artigos selecionados no estudo em tela, eles dizem respeito a questões profissionais, institucionais e culturais e éticas que influencia na identificação e notificação da VCM

Quadro 2 - Categorias relacionadas às Barreiras para Identificação e Notificação da Violência contra a mulher por profissionais da saúde e os principais resultados dos estudos.

Categorias	Principais resultados dos artigos selecionados
1 Barreiras relacionadas à formação e conhecimento profissional	Desconhecimento sobre violência doméstica (conceitos, tipologias): A2, A4, A5, A15, A16, A17 e A18; Equívocos conceituais sobre denúncia e notificação: A1, A2, A9 e A11; Desconhecimento da legislação (ex.: Lei Maria da Penha): A1, A6 e A11; Desconhecimento sobre encaminhamentos: A1, A3, A10, A11, A12, A14, A17, A18 Dificuldade de reconhecimento e identificação dos casos: A1, A3, A7, A11, A16, A17 e A18; Despreparo teórico e técnico: A1, A3, A10, A11, A15, A16, A17 e A18; Falta de habilidades e competências clínicas e comunicacionais: A6, A7, A10, A14, A16 e A17; Conflito entre teoria e prática: A3, A10, A12 e A17 Falta de EP sobre notificação:A1, A2, A3, A4, A5, A6, A11, A12, A14, A17 e A18;
2 Barreiras institucionais e organizacionais	Ausência de diretrizes, protocolos e instrumentos de triagem: A3, A5, A7, A10, A15, A17, A18; Falta de fluxos assistenciais e linhas de cuidado: A1, A4, A5, A9, A12, A14, A15, A17, A18; Desorganização dos serviços: A5, A10, A12, A13, A15, A17; Sobrecarga de trabalho: A2, A5; Rotatividade profissional: A13; Falta de integração entre sistemas de vigilância: A12 A15, A17; Fragilidade da articulação intersetorial: A1, A4, A5, A6, A9, A10, A12, A15, A17; Despreparo institucional dos serviços: A5, A9, A10, A13, A15; Invisibilidade da violência nos serviços de saúde: A1, A9, A10, A13; Falta de planejamento de políticas públicas: A1, A2, A6, A9, A11, A18; Falta de privacidade no atendimento: A5;
3 Barreiras éticas, relacionais e socioculturais	Conflitos éticos (confidencialidade vs. obrigatoriedade da notificação): A4, A6, A8, A9, A11, A13, A14, A15, A 16 e 18; Medo de retaliação por parte do agressor: A2, A7, A13, A14, A15; Insegurança profissional: A6, A7, A9, A13, A14, A15; Falta de autonomia e confiança: A7, A9, A14; Fragilidade do vínculo profissional–usuária: A2, A5, A8, A13, A17; Negação e silêncio das vítimas: A1, A8; Normalização da violência: A1, A8; Crenças limitantes e fatores culturais: A2, A6, A10, A15; Barreiras de comunicação (idioma): A5; Violação da relação profissional–paciente: A2, A5, A6, A8, A11, A13, A17;

Fonte: Medeiros MRB, et al., 2026.

Categoria 2: Barreiras relacionadas à formação e conhecimento profissional

Esta categoria, reúne barreiras relacionadas a prováveis consequências do déficit formativo, cognitivo e técnico dos profissionais de saúde aliado a ausência de Educação Permanente em Saúde. Destaca-se a falta do tema na formação, desconhecimento da ficha de notificação, dificuldade de identificar sinais implícitos de violência e insegurança na abordagem.

Categoria 3:Barreiras institucionais e organizacionais

Nesta categoria, concentram-se os estudos que indicam a ausência de protocolos, fragilidade da rede de atenção e desarticulação institucional revelando que os serviços não estão organizados e com profissionais suficiente e capacitados para atuar com situações de VCM e notificação.

Categoria 3: Barreiras éticas, relacionais e socioculturais

Abrange fatores subjetivos, éticos e relacionais que influenciam a identificação da violência e a decisão de notificar, dentre os quais cita-se os conflitos entre confidencialidade e obrigatoriedade, medo de retaliação, fragilidade do vínculo profissional-usuária, normalização da violência, crenças culturais e confusão entre notificação e denúncia. A síntese das três categorias revela que a notificação da VCM se configura como um fenômeno complexo, multidimensional e interdependente. De forma integrada, observa-se que essas barreiras atuando de maneira sinérgica, contribuem para a persistência da subnotificação, revelando a necessidade de intervenções articuladas nos níveis formativo, organizacional e sociopolítico.

Categoria 4: Implicações para políticas públicas e educação permanente.

Nesta categoria indica-se a necessidade do fortalecimento de políticas públicas de Educação Permanente claras e estruturadas que visem a capacitação para os profissionais de saúde e a implantação de protocolos de acordo com a legislação dos países que melhorem a qualidade do acolhimento das mulheres nos diferentes cenários com a identificação da situação e de registros da notificação VCM, Ademais, o apoio institucional e a articulação entre os setores da rede de proteção podem contribuir para que as intervenções se tornem mais seguras por parte dos profissionais.

DISCUSSÃO

A primeira categoria ressalta que a população investigada é multiprofissional, em distintos cenários, com abordagens predominantemente qualitativas, reforçando que a VCM é um fenômeno complexo, cujas causas são relacionadas as relações desiguais de gênero variando a intensidade de acordo com as diferentes culturas (países) e legislações. As abordagens qualitativas tendem a compreender como esse fenômeno ocorre na prática de diferentes profissionais da saúde, reforçando que o problema pode ser atendido (identificado e notificado) em vários níveis de complexidade de serviços de saúde e setores da justiça.

Na Atenção Primária à Saúde, profissionais como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e cirurgiões-dentistas ocupam posições estratégicas para o reconhecimento de sinais de violência, considerando a proximidade com as usuárias, a longitudinalidade do cuidado e a inserção dos serviços no território. Nesse contexto, a identificação da violência pode ocorrer tanto por meio de manifestações físicas quanto por alterações emocionais, comportamentais e sociais, exigindo dos profissionais conhecimentos que ultrapassem a dimensão estritamente clínica.

Nessa perspectiva o enfermeiro desempenha papel fundamental na assistência às mulheres em situação de violência sexual (VS), considerando sua atuação estratégica no acesso aos serviços de saúde e no acolhimento das demandas apresentadas. Em diferentes contextos assistenciais, pode constituir-se como um dos primeiros profissionais a estabelecer contato com a mulher, favorecendo a identificação da situação de violência, a escuta qualificada, a assistência integral e a articulação com a rede de proteção e cuidado (AGUIAR FAR, et al., 2020). Outro aspecto relevante refere-se à presença de agentes comunitários de saúde entre os profissionais investigados. Por sua inserção no território e contato próximo com as famílias, esses trabalhadores podem desempenhar papel estratégico na percepção de situações de vulnerabilidade e na aproximação das mulheres com os serviços de saúde. Essa perspectiva é corroborada por Manfrini GC, et al.

(2025), cujo estudo incluiu agentes comunitários de saúde entre os profissionais investigados e evidenciou a importância de estratégias articuladas de prevenção e cuidado diante das situações de violência.

A participação de profissionais da saúde e da justiça criminal em um dos estudos amplia a discussão para uma perspectiva intersetorial, evidenciando que o enfrentamento da violência contra as mulheres ultrapassa os limites dos serviços de saúde e requer articulação entre diferentes setores envolvidos na rede de proteção (MIRANDA RB e LANGE S, 2020). Nesse contexto, a integração entre saúde, assistência social, segurança pública, justiça e demais serviços da rede constitui elemento fundamental para garantir respostas abrangentes às situações de violência. Carneiro JB, et al. (2022) reforçam essa perspectiva ao evidenciarem, entre profissionais da Atenção Primária, a importância da articulação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado, dos encaminhamentos e da notificação das situações identificadas.

A segunda categoria destaca as barreiras enfrentadas pelas equipes de saúde, as quais comprometem a identificação da violência e a execução da notificação. Os estudos analisados evidenciam a falta de EP sobre notificação, o despreparo teórico e técnico sobre o tema, bem como a falta de conhecimento no que tange ao conceito sobre violência e sua classificação, legislação e encaminhamentos.

Uma pesquisa com gestores, docentes e discentes de duas instituições de ensino superior (IES) da Região Nordeste do Brasil constatou que o aprendizado durante a graduação é considerado vago, segmentado e dissolvido entre as áreas do conhecimento. O referido estudo também identificou a escassez da introdução de temas que versam sobre violência sexual (VS) nas vivências de discentes no transcurso de atividades disciplinares (AGUIAR FAR, et al., 2020).

Este cenário também é evidenciado em um estudo internacional envolvendo Estados Unidos, Canadá, Espanha, Austrália e Moçambique, o qual realçou os desafios na formação dos profissionais da saúde (AMBIKILE JS, et al., 2022). Neste sentido, é fundamental incorporar a VCM no ensino da graduação dos profissionais de saúde, com o intuito de sensibilizá-los e prepará-los para atuar frente a este grave problema (ARBOIT J, et al., 2020).

Nesta pesquisa, parte dos profissionais de saúde, a saber: médicos, enfermeiros de hospitais e de saúde da família, enfermeiros forenses, odontólogos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, residentes médicos, entre outros, se mostraram favoráveis à notificação da violência contra mulher, apresentando atitudes positivas. No entanto, no percurso de sua concretização encontram desafios advindos de sua formação e qualificação profissional. Estudo nacional reforça postura semelhante dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) (LEITE AC e FONTANELLA BJB, 2019).

A confusão entre os termos "notificação" e "denúncia" é frequentemente vivenciada por profissionais de saúde, o primeiro se referindo à vigilância epidemiológica e o segundo à polícia. O termo denúncia é utilizado para o registro do boletim de ocorrência (LEITE AC e FONTANELLA BJB, 2019).

Esta pesquisa identificou que a legislação da notificação da violência contra mulher no setor da saúde, nos Estados Unidos da América (EUA), Portugal, Noruega, Turquia, Arábia Saudita, se apresenta de maneira diferente entre os países e, em alguns deles, os profissionais devem comunicar/denunciar à polícia mesmo que a mulher não queira, para sua própria segurança. Essas diferenças se devem às leis policiais que reconhecem o setor saúde como um local que as mulheres acessam.

Estudo epidemiológico mostra que 90,0% das informações encontradas no SINAN referentes ao encaminhamento do caso no setor saúde e a evolução do caso não foram válidas, o que evidencia o desconhecimento do profissional no preenchimento do dado no bloco (LIMA GCC et al., 2025).

As fragilidades de formação e qualificação estão presentes nos artigos nacionais e internacionais. Com isso, se constata a necessidade de fortalecer as escolas de graduação em saúde, além da oferta de cursos de qualificação para profissionais com vistas a prepará-los para a identificação, notificação da VCM e denúncia com suas legislações próprias.

A terceira categoria engloba as vulnerabilidades organizacionais dos serviços com ênfase na ausência de diretrizes, protocolos e instrumentos de triagem, bem como na rede intersetorial. No contexto do profissional de saúde, observa-se um descompasso entre o que é estabelecido pelas normas e sua efetiva aplicação no cotidiano do atendimento a situações de violência (TRENTINI D, et al., 2020).

O acolhimento é reconhecido pela APS como a principal estratégia para identificar casos de VCM. Por essa razão, tais situações demandam atuação qualificada das equipes de saúde, baseada em uma abordagem sensível, empática e livre de julgamentos ou culpabilização, de modo a proporcionar um ambiente seguro que encoraje a mulher a relatar a violência vivenciada (ARBOIT J, et al., 2020).

Segundo Trentini D, et al. (2020), a articulação e a organização dos fluxos aliados ao conhecimento dos serviços disponíveis nas comunidades para a realização dos encaminhamentos, proporcionam ao profissional maior clareza e um direcionamento mais adequado diante de situações de VS, contribuindo para evitar o sofrimento e a exposição da mulher a novas formas de violência. Para MUNIZ BAA, et al. (2022), a abordagem multiprofissional tem como objetivo ampliar os conhecimentos para além dos limites de cada profissão, evitando concentrar a responsabilidade pelo preenchimento da FN em apenas um membro da equipe ou em apenas duas categorias (enfermagem e medicina), conforme evidenciado no estudo pesquisado.

Sobre os limites institucionais, estudo do estado do Rio Grande do Sul evidenciou que as estruturas físicas de alguns serviços de saúde da rede são inadequadas, caóticas e retratam a enorme fragilidade no atendimento às mulheres violentadas (TRENTINI D, et al., 2020). Além das limitações estruturais, as salas das unidades de saúde são pequenas, comprometendo a privacidade nos atendimentos, o que inibe a mulher de relatar a violência por medo ou vergonha.

Segundo Arboit J, et al. (2020), a presença do agressor no local de atendimento foi apontada pelos profissionais como um fator que dificulta a identificação da violência na APS. Essa situação inibe tanto a revelação por parte das mulheres quanto a atuação dos profissionais e a notificação às autoridades, muitas vezes em razão do medo que também afeta os próprios profissionais.

Outro ponto crítico de destaque é a carência de equipamentos eletrônicos como computadores e a falta de meios de transporte para locomoção em áreas de difícil acesso, causando sobrecarga de trabalho e adoecimento dos profissionais, o que também condiciona ao impedimento dos profissionais de saúde para identificar e notificar os casos de VCM (ROSA NF, et al., 2018).

A terceira categoria enfatiza questões éticas, relacionais e socioculturais no processo de identificação e notificação, e refere-se à classe médica e ao conflito ético e confidencial das informações fornecidas pelo profissional na obrigatoriedade do preenchimento da FN. A emissão da ficha não configura o rompimento do sigilo ético, mas um compartilhamento de dados dentro da rede de saúde, com a finalidade de produzir indicadores (STEVENS C, et al., 2017). Estes dados auxiliarão no planejamento de ações de proteção à mulher e aos familiares.

A violação da relação profissional - paciente e o rompimento do vínculo também são descritos como obstáculos. As barreiras de comunicação relacionadas ao idioma e as questões de intimidade durante os atendimentos também contribuem para afetar essa questão. A intimidade das mulheres em situação de violência é a base fundamental para assegurar amparo físico e psicológico, mas também é um direito que garante a dignidade e o êxito da rede de proteção (WHO, 2017).

O dilema ético profissional está presente nos estudos desta revisão como um dos obstáculos para dar seguimento ao atendimento às mulheres em situação de violência. Esse dado pode estar associado à visão de que o problema extrapola a competência técnico-científica, especialmente, onde os profissionais são obrigados a denunciar o caso à polícia e possam ter de lidar com aspectos legais e jurídicos.

Estudo nacional pontua o aumento da notificação no país entre 2014 e 2023, com intensificação dessa magnitude nos últimos quatro anos (pós-pandemia da COVID-19). Desta forma, atingir a meta de “eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas no mundo até 2030”, conforme pactuado com a Organização das Nações Unidas por meio do objetivo 5 (Igualdade de Gênero) do Desenvolvimento Sustentável ainda é um desafio (LIMA GCC, et al., 2025).

Já a quarta categoria mostra que os desafios provocam os pesquisadores a pensar e propor novas formas de abordagem na prática por meio de Educação Permanente em Saúde e na formação de profissionais, trazendo o tema para os cursos da saúde e afins, pois o problema requer uma rede de serviços articulada, com fluxos estabelecidos de referência e contrarreferência claros e consistentes. Além disso, também há a exigência de uma comunicação de apoio mais ágil e menos burocrática. Para mensurar os impactos da

violência na saúde, é fundamental adotar abordagens inter e transdisciplinares que considerem tanto os aspectos quantitativos quanto os qualitativos desse fenômeno (MUNIZ BAA, 2022).

No âmbito das políticas públicas, o enfrentamento da violência contra as mulheres requer ações articuladas entre os diferentes setores e serviços que compõem a rede de atenção e proteção. A efetividade dessas políticas está relacionada à existência de fluxos de referência e contrarreferência definidos, comunicação entre os profissionais e integração entre saúde, assistência social, segurança pública e justiça, de modo a garantir continuidade e integralidade do cuidado. Assim, a implementação e o fortalecimento das políticas públicas devem estar acompanhados de estratégias de qualificação profissional, organização dos serviços e articulação intersetorial, favorecendo respostas mais efetivas às situações identificadas e fortalecendo a rede de proteção às mulheres (CARNEIRO JB, et al., 2022; MIRANDA RB; LANGE S, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as barreiras para identificação e notificação da violência contra a mulher por profissionais de saúde são multifatoriais e envolvem limitações formativas, baixo conhecimento sobre a ficha de notificação, insegurança profissional, medo de retaliação, fragilidade dos vínculos com as usuárias, ausência de protocolos, fluxos assistenciais insuficientes e baixa articulação intersetorial. Em diferentes países, os conflitos éticos relacionados à confidencialidade, obrigatoriedade da notificação e comunicação policial interferem na conduta dos profissionais. No Brasil, a ficha de notificação possui finalidade epidemiológica e não corresponde à denúncia policial, o que reforça a necessidade de capacitação permanente para diferenciar notificação, cuidado em rede e acionamento da segurança pública quando indicado. Recomenda-se o fortalecimento da educação permanente, dos protocolos institucionais, da integração entre saúde, assistência social, justiça e segurança pública, bem como da qualificação dos registros em sistemas de vigilância.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR FAR, et al. Formação profissional e violência sexual contra a mulher: desafios para a graduação em enfermagem. Escola Anna Nery 2020; 24 (1): e20190135.
2. AIMUAMMAR S, ALHOWIG W. Physicians' experiences with reporting domestic violence against women: a cross-sectional study in Saudi Arabia. International Journal of Emergency Medicine, 2024; 17 (58): 1-7.
3. AMBIKILE JS, et al. Curricular limitations and recommendations for training health care providers to respond to intimate partner violence: an integrative literature review. Trauma Violence Abuse 2022; 23 (4):1262-1269
4. ARBOIT J, et al. Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. Aten Primaria. 2020; 52 (1): 14-21.
5. AVANCI JQ, et al. Surveillance actions of violences in primary care, hospital and rehabilitation services in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva, 2025; 30 (3): e17372024.
6. AVANCI JQ, et al. Scenario of monitoring and reporting of violence in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva, 2025; 30 (3): e17372024.
7. BARISHANSKY SJ, et al. Reproductive endocrinologists' knowledge and attitudes in the identification of intimate partner violence. Fertility and Sterility, 2021; 116 (6): 1622–1630.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União.
11. BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União.
12. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care, courage, change: health-sector leadership in tackling violence against women and girls. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025.
13. CARNEIRO JB, et al. Care provided to women victims of intimate partner violence from the perspective of health professionals. Inquiry, 2022; 59: 1–10.

14. CREEDY DK, et al. Australian hospital staff perceptions of barriers and enablers of domestic and family violence screening and response. BMC Health Services Research, 2021; 21 (1): 1121.
15. DECKER, H, et al. Designing an intimate partner violence screening program for surgical residents in trauma. Journal of Surgical Research, 2021; 267: 747-754.
16. LEITE, AC, FONTANELLA, BJB. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2019; 14 (41): 2059.
17. KIND L, et al. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 29 (9): 1805-1815.
18. LIMA GCC, et al. Tendência temporal e perfil epidemiológico das notificações de violência contra as mulheres no Brasil: 2014-2023Epidemiol Serv Saude. 2025; 34: 20240475
19. MACHADO, MES, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre a violência contra as mulheres: um estudo descritivo. Revista Brasileira de Enfermagem Online, 2017; 16 (2): 209-217.
20. MANFRINI GC et al. Health professionals' perceptions of strategies in prevention and caring of intrafamily violence in a southern Brazilian context. Acta Biomédica, 2025; 96 (6): 209-217.
21. MARTINS LCA, et al. Gender violence: knowledge and professional conduct of the family health strategy. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2018; 39: e2017-0030.
22. MELNYK B, FINEOUT-OVERHOL E. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: a guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019; 782.
23. MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto Contexto Enfermagem, 2019; 28: e20170204.
24. MIRANDA RB, LANGE S. Domestic violence and social norms in Norway and Brazil: a preliminary, qualitative study of attitudes and practices of health workers and criminal justice professionals. PLoS ONE, 2020; 15 (12): e0243352.
25. MOREIRA DN, PINTO DA COSTA M. The role of family doctors in the management of domestic violence cases: a qualitative study in Portugal. BMC Health Services Research, 2023; 23(1): 1-9.
26. MOREIRA DN, PINTO DA COSTA M. Barriers and facilitators of the reporting by family doctors of cases of domestic violence: a qualitative study across Portugal. BMC Primary Care,2024; 25(1): 1-13.
27. MUNIZ BAA, et al. Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Trabalho Educação e Saúde 2022; 20: e00620196.
28. PAHO, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Addressing violence against women in health policies and protocols in the Americas: A regional status report. ISBN: 2022; ISBN: 978-92-75-12638-7, 2022
29. PINTO SILA, et al. Perceptions, beliefs, and knowledge of family health nurses about domestic violence: an exploratory study. Revista de Enfermagem Referência, 2023; 6 (2): e29533.
30. OUZZANI M, et al. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016; 5 (1):210. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4
31. ROSA NF, et al. La perspectiva de las mujeres víctimas de la violencia y los profesionales: un análisis desde la teoría bioecológica de desarrollo humano. Psicologia em Revista, 2018; 24(3): 661-85.
32. SOUZA EG, et al. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. Saúde em Debate, 2018; 42 (4):13-29.
33. STEVENS C. CRISTIANE (org.). Mulheres e violências: interseccionalidades. Brasília, DF: Technopolitik, 2017. 628.
34. TASKIRAN AC, et al. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. Prim Health Care Research & Development, 2019; 20(96): 1-6.
35. TRENTINI D et al. Women in situations of sexual violence: potentialities and weaknesses of the intersectoral network. Revista Brasileira Enfermagem 2020;73 (4): e20190856.
36. TRICCO AC, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467–73.
37. WHITTEMORE, R, KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 52(5): 546–553.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Gender Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva:World Health Organization;, 2024.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Geneva: World Health Organization, 2017.
40. VASCONCELOS NMDE, et al. Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. Ciência & Saúde Coletiva, 2024; 29(10): p. e07732023.

Material Suplementar 1 - Estratégia de busca por fonte de dados pesquisada.

Fonte de dados	Estratégia de Busca
PubMed	(("Health Personnel" [MeSH] OR "health professional*" [Title/Abstract] OR nurse* [Title/Abstract] OR physician* [Title/Abstract]) AND ("Mandatory Reporting" [MeSH] OR notif* [Title/Abstract] OR report* [Title/Abstract]) AND ("Violence Against Women" [MeSH] OR "Domestic Violence" [MeSH] OR "Interpersonal Violence" [MeSH] OR ("violence" [Title/Abstract] AND woman [Title/Abstract])) AND (barrier* [Title/Abstract] OR difficult* [Title/Abstract] OR challenge* [Title/Abstract]) AND ("Health Services" [MeSH] OR "health service*" [Title/Abstract] OR hospital* [Title/Abstract] OR "Primary Health Care" [MeSH] OR "primary health care" [Title/Abstract] OR "primary care" [Title/Abstract]))
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("health professional*" OR nurse* OR physician*) AND TITLE-ABS-KEY (notif* OR report*) AND TITLE-ABS-KEY ("violence against women" OR "domestic violence") AND TITLE-ABS-KEY (barrier* OR difficult* OR challenge*) AND TITLE-ABS-KEY ("primary health care" OR "primary care" OR "family health" OR "health service*" OR hospital* OR "primary care"))
Web of Science	TS = ("health professional*" OR nurse* OR physician*) AND TS = (notif* OR report*) AND TS = ("violence against women" OR "domestic violence" OR "interpersonal violence") AND TS = (barrier* OR difficult* OR challenge*) AND TS = ("health service*" OR hospital* OR "primary care" OR "health service*" OR hospital* OR "primary care")
CINAHL	((MH "Health Personnel+") OR "health professional*" OR nurse* OR physician*) AND (MH "Mandatory Reporting" OR notif* OR report*) AND (MH "Violence Against Women+" OR MH "Domestic Violence+") AND (barrier* OR difficult* OR challenge*) AND (MH "Primary Health Care+" OR "primary health care" OR "primary care" OR "Health Services+" OR "health service*" OR hospital*))
EMBASE	('health personnel'/exp OR 'health professional*':ti,ab OR nurse*:ti,ab OR physician*:ti,ab) AND ('mandatory reporting'/exp OR notif*:ti,ab OR report*:ti,ab) AND ('violence against women'/exp OR 'domestic violence'/exp) AND (barrier*:ti,ab OR difficult*:ti,ab OR challenge*:ti,ab) AND ('health service'/exp OR hospital*:ti,ab OR 'primary health care'/exp OR 'primary care':ti,ab)

Fonte: Medeiros MRB, et al., 2026.