

NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NAS UBS: FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA PRÁTICA DE NOTIFICAÇÃO

Palavras-Chave: “Violência Contra a Mulher”; “Vigilância em Saúde”; “Notificação de Abuso”.

Autores(as):

Victoria Alchangelo Dos Santos, FEnf - UNICAMP
Ms^a. Nathália De Souza Monezi, FEnf - UNICAMP
Prof^a. Dr^a. Débora de Souza Santos, FEnf - UNICAMP

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher constitui uma das formas mais extremas das desigualdades de gênero, sendo amplamente reconhecida como grave violação dos direitos humanos e relevante problema de saúde pública. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), essa forma de violência é definida como “qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou possa resultar, em danos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada”.¹

Trata-se, portanto, de um fenômeno social complexo, sustentado por estruturas patriarcais que naturalizam a dominação masculina sobre as mulheres, atravessado por desigualdades de gênero, raça e classe. Esse cenário afeta de forma desproporcional mulheres negras, indígenas, periféricas e em situação de pobreza, devido a interseccionalidade dos diferentes marcadores sociais. Apesar da obrigatoriedade legal de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal e autoprovocada por parte dos profissionais de saúde que acolhem mulheres em situação de violência, a subnotificação persiste como um desafio crítico, especialmente nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).¹⁻⁵

A APS, é reconhecida como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), deve estar estruturada para oferecer cuidado integral, longitudinal e coordenado, o que inclui o enfrentamento da violência de gênero. Os protocolos nacionais orientam que o atendimento seja realizado de forma humanizada, centrado nas necessidades das usuárias, e que leve em consideração os marcadores sociais da desigualdade, além de destacar a importância da articulação intersetorial e do fortalecimento das redes de atenção e proteção.^{2,4-8}

No âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), serviço central da APS, cabe às equipes multiprofissionais o acolhimento qualificado, reconhecimento precoce das situações de violência, oferta de cuidado clínico e psicossocial inicial e a notificação compulsória dos casos. No município de Campinas-SP, essa notificação deve ser realizada por meio do Sistema de Notificação de Violências (SISNOV), plataforma eletrônica disponibilizada em equipamentos da saúde, defensoria pública e educação. No entanto, estudos recentes indicam fragilidades significativas nesse processo, como a ausência de protocolos bem estabelecidos, lacunas na formação profissional e dificuldades em reconhecer a violência como agravo prioritário que demanda cuidado.^{2,4,6-10}

Nesse contexto, compreender os desafios enfrentados pelas equipes da APS no registro e manejo da violência contra a mulher é essencial para o aprimoramento das estratégias de prevenção, atenção e vigilância. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher, o uso do SISNOV e o processo de trabalho relacionado à notificação nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, cujo objetivo é compreender o conhecimento acerca de violência e processo de identificação e notificação da violência contra a mulher desenvolvido por profissionais de saúde em UBSs de Campinas-SP.¹¹

Participaram da pesquisa profissionais de saúde de duas UBSs, sem restrições quanto à idade, gênero ou categoria profissional. Foram incluídas as seguintes categorias: Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, enfermeiras, auxiliares de saúde bucal, dentistas, médicos e profissionais da equipe multidisciplinar (como especialistas médicos e terapeutas ocupacionais). As UBSs foram selecionadas com base na análise do número de notificações de violência contra a mulher registradas no SISNOV entre 2014 e 2023 e o índice de vulnerabilidade do território. Sendo assim, definiu-se que se conduziria a pesquisa em uma com o maior número de notificações (CS1), com 78 registros; e outra com apenas 20 notificações no mesmo período (CS2), localizada em território de alta vulnerabilidade social.¹²⁻¹⁴

O CS1 localiza-se no distrito Sudoeste de Campinas e atende aproximadamente 12.726 pessoas, em sua maioria mulheres, crianças e jovens adultos, cujo território é caracterizado por população de médio poder aquisitivo e relativa estabilidade social. A unidade conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 39 profissionais, e funciona em horário comercial durante os dias úteis. Já o CS2, localizado no distrito Sul, atende cerca de 4.235 pessoas, concentradas em áreas com graves desigualdades sociais e carência de serviços básicos, como saneamento e eletricidade. A unidade possui duas equipes da ESF, totalizando 19 profissionais.^{12,13}

Assim, realizou-se a coleta de dados em duas etapas. A primeira consistiu na aplicação de um questionário estruturado, disponibilizado online via *Google Forms*, contendo questões sobre a violência contra a mulher e o uso do SISNOV, avaliadas por escala de Likert de 5 pontos. Os dados foram organizados em planilha eletrônica (*Google Sheets*) e analisados por estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas.¹⁵

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com enfermeiras da unidade. As entrevistas abordaram temas como concepções sobre a violência contra a mulher, relação com o território e práticas relacionadas à identificação e notificação de casos no SISNOV. As entrevistas foram realizadas em ambientes privativos e seguros, com duração de até 60 minutos, sendo previamente autorizadas e gravadas. Ao final de cada entrevista, foi realizada a checagem das informações com a participante, visando garantir a fidelidade interpretativa do conteúdo.

Os dados das entrevistas foram analisados segundo a técnica de análise temática, conforme proposta por Minayo. O processo incluiu três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com interpretação. As entrevistas foram transcritas e relidas diversas vezes, a fim de garantir familiaridade com o conteúdo e evitar a “ilusão de transparência”. Foram selecionados trechos significativos que respondiam às questões da pesquisa ou emergiram como relevantes, os quais foram organizados em categorias temáticas articuladas à literatura científica. Os eixos principais identificados foram: aspectos da violência, perfil das mulheres, processo de trabalho das equipes, fragilidades institucionais e potencialidades da APS.¹¹

O contato com os profissionais foi realizado por meio de e-mails institucionais das unidades, obtidos por canais oficiais da Prefeitura Municipal. As comunicações incluíram a apresentação da pesquisa, solicitação de autorização para sua realização e reconhecimento prévio dos territórios. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAAE 77915324.8.0000.5404).¹⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 33 profissionais de saúde no CS1 e 16 no CS2, totalizando 49 participantes que responderam ao questionário e um grupo de 4 enfermeiras entrevistadas individualmente.

Questionário

Os participantes tinham idade média de 46 anos, variando entre 24 e 66 anos. A maioria se identificou como mulheres cisgêneras (90,9% no CS1 e 82,4% no CS2) e se autodeclarou branca (69,7% e 58,8%, respectivamente), com menor representatividade de pessoas pardas, pretas e amarelas. Em relação às categorias profissionais, predominam os auxiliares/técnicos de enfermagem (40,81%), seguidos por médicos (18,36%), agentes comunitários de saúde (18,36%), enfermeiros (10,20%), profissionais de saúde bucal (6,12%), auxiliares de farmácia (4,08%) e equipe multiprofissional (2,04%). Essa composição reflete a estrutura da ESF e se alinha ao panorama nacional em que a maior porcentagem dos trabalhadores são profissionais de enfermagem, categoria historicamente feminina e branca, evidenciando a necessidade de políticas institucionais voltadas à equidade racial e de gênero. Destaca-se, ainda, a predominância de profissionais com mais de 20 anos de formação e com mais de cinco anos de atuação nas unidades. Esse tempo de inserção fortalece o vínculo com a comunidade, favorecendo a continuidade do cuidado e a identificação de vulnerabilidades.^{5,17}

As respostas ao questionário indicam que os profissionais reconhecem com mais frequência as violências física e sexual, enquanto formas não físicas, como “não satisfazer as necessidades” ou “suborno”, são pouco identificadas. Isso evidencia a necessidade de processos educativos contínuos para qualificar o reconhecimento de todas as formas de violência previstas pela Lei Maria da Penha, cuja notificação no SISNOV é compulsória. Tal percepção reflete estudos que apontam a invisibilização das violências não físicas na APS, onde a ausência de sinais clínicos explícitos dificulta sua identificação e notificação, permanecendo sem intervenção adequada, comprometendo a integralidade do cuidado e o acesso das mulheres à rede de proteção.^{6,18-23}

Por conseguinte, os profissionais reconhecem que a maioria dos episódios de violência contra as mulheres ocorre dentro dos domicílios, contexto que reforça o caráter estrutural dessa violência. Destaca-se o ambiente doméstico como um dos principais cenários de ocorrência da violência de gênero, espaço que contraditoriamente foi socialmente construído como lugar de proteção e cuidado, mas que, para muitas mulheres, é um local de risco e sofrimento.^{3,18,23-25}

Além disso, os profissionais compreendem que essas violências geram impactos que extrapolam o momento da agressão, implicando em danos físicos, psicológicos e sociais, que comprometem a autonomia, a saúde mental e a capacidade das mulheres de acessar os serviços de saúde e redes de proteção. Esses efeitos tornam evidente a necessidade de uma abordagem integral e humanizada no cuidado, especialmente na APS, que deve estar preparada para identificar sinais de violência, acolher com sensibilidade e encaminhar de forma resolutiva.^{21,23,26}

Contudo, embora a maioria dos profissionais reconheça o papel das UBSs na notificação da violência, esse processo muitas vezes não é efetivado. Situações de violência são, por vezes, encaminhadas a outros setores ou profissionais de referência, mas nem sempre resultam em registros formais. Quando o repasse de informações não ocorre de forma estruturada, há risco de perda de dados e, conseqüentemente, de subnotificação, o que compromete o planejamento de ações e políticas públicas. Além disso, fatores como a sobrecarga de trabalho, a desvalorização da notificação como parte do cuidado integral e o desconhecimento sobre o sistema de informação agravam essa lacuna.^{21,23,27}

Estudos revelam que a notificação é frequentemente vista como um processo burocrático e secundário, especialmente em contextos nos quais os serviços estão fragilizados e os profissionais não são capacitados de forma contínua. A ausência de fluxos bem definidos e a falta de apoio institucional também dificultam a responsabilização coletiva da equipe pelo enfrentamento da violência. Isso demonstra a necessidade de reforçar o papel da APS como porta de entrada qualificada, com protocolos, articulação intersetorial e ações educativas que fortaleçam a vigilância e o cuidado às mulheres em situação de violência.^{9,21,23,27}

Consecutivamente, notou-se que a percepção dos profissionais sobre o perfil das mulheres em situação de violência também refletiu uma sensibilidade crítica, ainda que desigual, em que uma parcela relevante dos entrevistados discordou da ideia de que mulheres brancas e negras sofrem violência em igual medida. Essa percepção dialoga com estudos que apontam a maior exposição de mulheres negras à violência de gênero, associada à sua posição socialmente marginalizada e às barreiras no acesso à rede de proteção. Além da violência em si, mulheres negras enfrentam entraves institucionais e simbólicos que dificultam a identificação, acolhimento e acompanhamento dos casos, perpetuando ciclos de violência.^{23,27-31}

Além disso, chamou atenção o relato de que muitas mulheres chegam sozinhas ao serviço, mas em alguns casos são acompanhadas pelo próprio agressor, intensificando o cenário de violência psicológica e que compromete a liberdade da mulher em relatar

ou buscar ajuda. Tais situações exigem dos profissionais habilidades específicas de acolhimento, escuta sensível e manejo adequado, mas também demandam segurança institucional e suporte técnico para notificação e encaminhamento em rede, reforçando a importância de qualificar o acolhimento nos serviços de saúde, considerando os atravessamentos afetivos, familiares e sociais que permeiam o processo de busca por ajuda e de notificação da violência.^{22,26,29,32}

As respostas ao questionário também evidenciaram lacunas no conhecimento sobre o SISNOV, desde sua estrutura geral até aspectos centrais do processo, como a identificação do responsável pela notificação e o momento adequado para realizá-la. Observou-se, ainda, desconhecimento quanto às implicações legais da notificação, especialmente no que se refere à abertura de processos judiciais e à aplicação de medidas protetivas, revelando fragilidades no entendimento do fluxo e das normativas legais envolvidas.^{2,4,6,8}

Apesar de 84,8% dos profissionais reconhecerem que as UBSs devem realizar a notificação, persiste uma confusão entre a notificação compulsória e a denúncia judicial. Essa sobreposição de conceitos gera inseguranças relacionadas à responsabilização legal, medo de retaliações e dúvidas quanto aos limites do sigilo profissional, fatores que impactam diretamente na subnotificação dos casos, mesmo entre os que afirmam reconhecer a obrigatoriedade da notificação. Além disso, persistem dúvidas quanto a quais profissionais são responsáveis por realizar a notificação. Conforme diretrizes do Ministério da Saúde (2021), a notificação compulsória deve ser feita por qualquer profissional de saúde que tenha conhecimento da violência.^{2,4,6,8}

No entanto, apenas 20,4% dos participantes da pesquisa relataram ter feito alguma notificação, indicando que muitos ainda não se percebem como agentes notificados ou não se sentem preparados para assumir essa responsabilidade. A ausência de capacitações continuadas e o desconhecimento sobre o fluxo intersetorial de encaminhamento contribuem para a fragilidade da resposta institucional à violência. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias formativas que articulem aspectos éticos, legais e assistenciais da notificação, fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde como espaço estratégico para o enfrentamento da violência contra a mulher.^{2,4,6,8,22,23,26}

Entrevistas

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com quatro enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo Enf 01 e Enf 02 vinculadas ao CS1, e Enf 03 e Enf 04 ao CS2. Todas as participantes se identificaram como mulheres cisgênero, sendo duas autodeclaradas pardas e duas brancas. As idades variaram entre 26 e 50 anos, contemplando desde profissionais em início de carreira até aquelas com trajetórias mais consolidadas no serviço público. Esses dados se mostram relevantes para a pesquisa, considerando os atravessamentos de gênero e raça que, ainda que de forma sutil, podem influenciar as percepções e condutas das profissionais frente às situações de violência vivenciadas no cotidiano do trabalho em saúde. Os principais resultados da análise temática foram organizados em eixos centrais identificados no processo investigativo (Tabela 1).^{11,23,29}

Tabela 1. Análise temática das entrevistas

TEMA	NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADE DE REGISTRO
Aspectos da violência e definição	Violência é tudo que fere a dignidade da mulher por ela ser mulher.	“Tudo que, assim tudo que acaba de alguma forma afetando a dignidade da mulher, que é uma pelo fato dela ser essa mulher” (Enf 02)
	A violência de gênero é naturalizada e banalizada na sociedade.	“A gente a incorporou, enquanto sociedade, tantas de formas de violência contra a mulher que às vezes a gente banaliza aquilo” (Enf 03)
	Vergonha e constrangimento dificultam a busca por ajuda e a notificação.	“Eu acredito que a violência física, assim por várias questões até por vergonha, por constrangimento da própria vítima acho que não chegue tanto pra gente” (Enf 02)
Perfil das mulheres	Raça, gênero e classe social acentuam a vulnerabilidade à violência.	“Geralmente com vulnerabilidade social, principalmente pretas e pardas, de idade, ou avançada, ou adulto jovem” (Enf 01)
	Parceiros íntimos são os principais agressores.	“É normalmente são mulheres que têm seus maridos ou companheiros” (Enf 02)
Processo de trabalho	Muitas mulheres não reconhecem que sofrem violência.	“Talvez uma das nossas fragilidades seja que elas tenham um conhecimento de que estão sofrendo violência para que elas nos busquem, né?” (Enf 04)
	O Acolhimento segue rotinas engessadas, com pouca clareza sobre os fluxos.	“A gente faz o acolhimento para demanda espontânea durante todo o horário de funcionamento da unidade. Quem acolhe primeiramente são as técnicas de enfermagem e se verificam que há alguma demanda de urgência, vai acionar um enfermeiro ou um médico” (Enf 01)
	A notificação é repassada de forma automática, sem devolutiva.	“Às vezes você imprime o atendimento e aí você passa pra pessoa que é referência da unidade em fazer a notificação” (Enf 03)
Fragilidades na rede de proteção	A subnotificação ocorre por falta de compreensão da importância, tempo e sobrecarga.	“Você notifica no SISNOV, mas depois a gente não sabe o que foi feito” (Enf 02) “Você tem que parar, preencher, imprimir, digitalizar, leva uns 20 a 30 minutos. Demanda tempo, demanda conhecimento, no caso dessas fichas demanda conhecimento de informática” (Enf 03)
	A falta de serviços de acolhimento expõe as mulheres a mais riscos.	“Muitas não têm pra onde ir num dia em que fez uma acusação formal contra o seu companheiro e aí elas têm que voltar para casa e nesse momento a gente tem temor pelo que pode acontecer com elas nessa casa” (Enf 04)
Potencialidades	Equipes bem estruturadas favorecem o cuidado contínuo.	“Se você tem uma equipe de saúde da família bem estruturada você consegue ir e observando esse caso ao longo do tempo, senão vai se perder, porque aí você vai encaminhar, você não vai conseguir saber o que aconteceu” (Enf 03)
	Educação permanente fortalece o uso do SISNOV.	“A gente sente falta de que pessoas façam educação continuada para gente entender um pouco melhor essa ferramenta” (Enf 04)

Fonte: Autores, 2025.

Assim, as falas das profissionais reforçam que os profissionais consideram a violência de forma ampla, entretanto, as falas também apontam para a naturalização e banalização da violência como parte do cotidiano social, indicando a internalização de uma cultura

patriarcal que dificulta a identificação dos agravos. Essa percepção está alinhada à ideia de que a violência de gênero é sustentada por uma lógica patriarcal estruturante, que atravessa não apenas as instituições, mas também os afetos, as relações e o cotidiano das mulheres. Estrutura patriarcal essa que também racializa e marginaliza mulheres negras e periféricas, tornando suas experiências ainda mais invisibilizadas.^{3,10,23,28,29,34}

Tal invisibilidade atinge tanto as usuárias, que nem sempre reconhecem a violência vivenciada, quanto os profissionais, que enfrentam dificuldades em abordar o tema, especialmente quando as manifestações não são físicas. E este fato tem implicações diretas para a vigilância em saúde e para a proteção das usuárias, pois impede que essas situações sejam notificadas e acompanhadas adequadamente pelos serviços, o que gera a persistência da subnotificação nos casos de violência interpessoal. Ainda, as enfermeiras reconhecem a alta incidência de violência (Tabela 1), embora muitas situações permaneçam invisíveis aos serviços, quando comparativamente a violência psicológica é frequentemente identificada durante acolhimentos ou grupos, mas raramente notificada, o que corrobora com estudos que apontam a subnotificação como um problema estrutural.^{3,10,23,28,29,34}

Quanto à percepção do perfil das mulheres (Tabela 1), as enfermeiras identificam que as mulheres em situação de violência atendidas nas unidades são adultas jovens, em relacionamentos conjugais, de baixa renda e com vínculos frágeis com redes de apoio. Nas falas, destaca-se a presença de mulheres negras em situação de maior vulnerabilidade, embora os dados de notificação mostram uma maioria de mulheres brancas, o que pode indicar tanto falhas na autodeclaração quanto desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Além disso, a dependência econômica, a insegurança alimentar e a precariedade habitacional são mencionadas como fatores que limitam a autonomia das mulheres e dificultam sua saída de situações de violência. Esses elementos, que compõem os chamados determinantes sociais da saúde, exigem uma abordagem interseccional e intersetorial por parte da política pública. As entrevistadas ainda apontam que muitas mulheres não se reconhecem como vítimas, o que representa um desafio à identificação e ao manejo da violência (Tabela 1). Isso reforça a importância da escuta qualificada e da educação em saúde como estratégias para romper o ciclo de invisibilidade e silêncio.^{3,19,22-25,28,29,31,34}

Em relação ao processo de trabalho, as enfermeiras relatam que o fluxo de atendimento à mulher em situação de violência inicia-se com o acolhimento pela equipe de enfermagem, seguido pela escuta qualificada de enfermeiras ou médicas, e que, idealmente, culmina na notificação (Tabela 1). Contudo, esse fluxo nem sempre se concretiza de forma integrada. Muitas vezes, a notificação é delegada a um único profissional, desconectando o ato da escuta do ato da vigilância, o que compromete a completude e a qualidade dos dados notificados.^{21,22,23,26}

A complexidade das fichas, o tempo necessário para o preenchimento, a sobrecarga de trabalho e a ausência de retorno institucional são os principais fatores apontados pelas profissionais para justificar a subnotificação da violência (Tabela 1). Essa fragmentação do processo reflete uma tentativa de dinamizar o trabalho frente à sobrecarga e à complexidade dos formulários, mas culmina em dificultar o cuidado integral. Ainda, a própria ficha de notificação é percebida como excessivamente longa e pouco responsiva às necessidades práticas do serviço. Assim, a baixa integração entre as etapas do cuidado reforça a percepção de que a notificação é um ato burocrático, desvinculado de consequências clínicas ou de proteção social. Portanto, o descompasso entre o discurso oficial, que afirma a importância da notificação, e a prática cotidiana, marcada por limitações operacionais e simbólicas, mostra que o sistema de saúde ainda não incorporou plenamente a vigilância da violência como uma dimensão do cuidado em saúde.^{19,21-23,27,30,32}

Ainda, as fragilidades apontadas extrapolam o âmbito da saúde e denunciam a insuficiência da resposta estatal frente à complexidade da violência de gênero. A inexistência de fluxos intersetoriais eficientes, a escassez de abrigos e a ausência de mecanismos de proteção rápida são reiteradas nas entrevistas (Tabela 1). Apesar da existência de políticas públicas e legislações como a Lei Maria da Penha, as profissionais relatam que muitas dessas normativas não se efetivam no cotidiano. A crítica de que “as políticas públicas não são efetivas” é recorrente e reforça a tese de que há um distanciamento entre os marcos legais e sua aplicação prática, sobretudo nos territórios de maior vulnerabilidade social.^{6,7,19,21,23,34}

Contudo, apesar das limitações, as profissionais reconhecem potencialidades no modelo da ESF e um trabalho interdisciplinar (Tabela 1). A presença territorializada e o vínculo longitudinal permitem acompanhar as usuárias de forma contínua, identificando mudanças de comportamento e promovendo acolhimento sensível, em situações que estas características fazem da APS um espaço privilegiado para o enfrentamento da violência de gênero. Além disso, a inserção de profissionais da equipe multiprofissional e o fortalecimento de espaços de matriciamento são destacados como estratégias promissoras para a sensibilização das equipes.^{5,22,26}

Ainda, as falas também sinalizam a necessidade de educação permanente e suporte institucional (Tabela 1). O sistema de notificação, embora criticado devido a falta de tempo para ser preenchido, é reconhecido como um recurso estratégico quando bem utilizado. A qualificação das equipes para o uso do SISNOV, com apoio institucional e devolutivas claras, pode transformar a notificação em um instrumento efetivo de vigilância, cuidado e proteção.

CONCLUSÕES

Os achados desta pesquisa evidenciam que, embora a notificação de casos de violência contra a mulher seja um instrumento essencial para a vigilância em saúde e para o fortalecimento das políticas públicas, sua efetivação nas UBS é atravessada por múltiplos desafios. Tanto as respostas do questionário aplicado, quanto as falas das enfermeiras revelam que o processo de notificação é percebido como fragmentado, burocrático e descolado das práticas de cuidado, o que contribui para sua subutilização. A sobrecarga de trabalho, a complexidade dos formulários, a ausência de devolutivas institucionais e a falta de apoio técnico e político operam como barreiras à consolidação de uma abordagem integral e resolutiva da violência no cotidiano da APS.

Além disso, a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e a insuficiente valorização da escuta qualificada e do vínculo com as mulheres em situação de violência comprometem a função da APS como porta de entrada para a rede de proteção. A notificação, quando desvinculada de ações concretas de cuidado e encaminhamento, tende a ser compreendida como um fim em si mesma, o que gera frustração, sentimento de inutilidade e desmotivação entre os profissionais.

Diante disso, é imprescindível investir na formação continuada das equipes, na revisão dos instrumentos de notificação e, sobretudo, na consolidação de políticas intersetoriais que deem sentido e efetividade ao ato de notificar. Reconhecer a violência como um problema de saúde pública exige não apenas o registro dos casos, mas o compromisso ético, institucional e político com o cuidado, a escuta e a proteção das mulheres.

BIBLIOGRAFIA

1. Organização Pan-Americana da Saúde. **Violência contra as mulheres na América Latina e no Caribe**: análise comparativa de dados populacionais de 12 países. Washington, DC: OPAS; 2022.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Guia de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
3. hooks b. **O feminismo é para todo mundo**: Políticas arrebatadoras. 25ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos ventos; 2024.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 264/2024** - CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPOS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; e DAHU/SAES/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 abr 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-264-2024-cgesmu-dgci-desco-e-deppros-saps-ms.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2017 [citado 2025 abr 8]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher** [Internet]. 2006 [citado 2025 abr 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
7. Cerqueira D, Bueno S. **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031>
8. Sistema de notificação de violência e agravos - SISNOV/SINAN. 2016 [acessado em 2024 Fev. 12]. **Site de notificação, consulta de relatórios e boletins informativos sobre as notificações de violência da cidade de Campinas - SP**. Disponível em: http://sisnov.campinas.sp.gov.br/oque_e.html
9. Vasconcelos NM, Bernal RTI, Souza JB, Bordoni PHC, Stein C, Coll CVN, et al. **Subnotificação de violência contra as mulheres**: uma análise de duas fontes de dados. *Cienc Saude Colet*. 2024;29(10):e07732023.
10. Santos DS, Martins MC, Azevedo CS. **Violência de gênero e trabalho feminino na saúde**: experiências e resistências nas Unidades Básicas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e230086.
11. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
12. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029** [online]. 2024 [acessado em 9 jan. 2025]. v12. Disponível em: https://portal-api.campinas.sp.gov.br/sites/default/files/secretarias/arquivos-avulsos/125/2024/12/24-095648/9_Plano_Municipal_de_Saude_2026-2029_Campinas_Participacao_Popular.pdf
13. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **População por Faixa Etária e Sexo das Áreas de Abrangência dos CS e Distritos de Saúde, 2000-2018** [Internet]. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; [data desconhecida] [citado 2025 abr 8]. Disponível em: <https://tabnet.campinas.sp.gov.br/dh?populacao/pop3.def>
14. Santos VA, Luz RS, Silva BP, Kassada DS, Santos DS. **Análise Epidemiológica das Notificações de Violência contra a Mulher em Serviços de Saúde**. 2025.
15. Likert R. **A technique for the measurement of attitudes**. *Arch Psychol*. 1932;140:1-55.
16. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 2023 abr 27]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
17. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**: relatório final [Internet]. Brasília: Cofen; 2015 [acesso em 9 abr. 2025]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
18. Belchior GM, Rocha GM, Silva AM, Silva CR. **Violência doméstica**: a pandemia de COVID-19 provocou subnotificação de casos e/ou aumento de sua ocorrência? *Rev Cienc Plural*. 2024;10(1):e33880. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/tcp/article/view/33880/18494>
19. Alcântara PPT, Carneiro FF, Pessoa VM, Pinto AGA, Machado MFAS. **Cuidado integral às mulheres vítimas de violência**. *Cienc Saude Colet*. 2024;29:e08992023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08992023>
20. Bordoni PHC, Assis FH, Oliveira NA, Aguiar RA, Silva VC, Bordoni LS. **Violência física contra mulheres**: estudo em três bases de dados nacionais (SINAN, SIH e SIM) e no contexto da COVID-19. *J Health Biol Sci*. 2021;9(1):1-8. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3616/1299>
21. Mellar BM, Hashemi L, Selak V, Gulliver PJ, McIntosh TKD, Fanslow JL. **Association Between Women's Exposure to Intimate Partner Violence and Self-reported Health Outcomes in New Zealand**. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e231311. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.1311.
22. Santos MV, Prado NMBL. **Cuidado na Atenção Primária à Saúde às Mulheres em situação de violência**: estudo bibliométrico na Web of Science. *Rev Eletr Com Inf Inov Saúde*. 2024;18(1):157-69. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/05/1553559/cuidado-na-atencao-primaria-a-saude-as-mulheres-em-situacao-de_0kmXOm3.pdf
23. Mackenzie C, Louth J. **Disrupting Patriarchal Illusion to Reduce Violence Against Women and Girls**. *Violence Against Women*. 2024 Aug;30(10):2632-2654. Epub May 10 2023. doi:10.1177/10778012231170868.
24. Kassim MJN, Gouvêa LAVN, Ross C, Maraschin MS. **Caracterização das notificações de violência contra mulheres em um hospital de ensino do Paraná**. *Rev Epidemiol Control Infecç*. 2020;10(4):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v10i4.14810>
25. Munro A, Cranney S. **Faith-Based Responses to Domestic and Sexual Violence**: A Scoping Review of Research. *Violence Against Women*. 2024 Aug;30(10):2597-2616. Epub 2023 Apr 24. doi:10.1177/10778012231163572.
26. Silva LMM, Silva MRS, Oliveira EC, Lima KC. **Violência contra mulheres: atuação dos enfermeiros em Estratégias Saúde da Família**. *Enferm Foco* [Internet]. 2024 [citado 2025 jun 20];15:e202458. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-15-e-202458/2357-707X-enfoco-15-e-202458.pdf
27. Reynolds SA. **Do health sector measures of violence against women at different levels of severity correlate? Evidence from Brazil**. *BMC Womens Health*. 2022;22:226. doi:10.1186/s12905-022-01813-y.
28. Muluneh MD, Francis L, Agho K, Stulz V. **A systematic review and meta-analysis of associated factors of gender-based violence against women in Sub-Saharan Africa**. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4407. doi:10.3390/ijerph18094407.
29. Luz RS, Borges JN, Ferreira LSS, Macedo IC. **Imagens de controle e acesso de mulheres negras à saúde**. *Prat Cuid Rev Saude Colet*. 2024;5:e19101. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.13826185>
30. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. **Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages**. *PLoS One* [Internet]. 2019 [citado 2025 jun 21];14(10):e0221049. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0221049&type=printable>
31. Moore AM, Gover AR. **Violence against women**: Reflecting on 25 years of the Violence Against Women Act and directions for the future. *Violence Against Women*. 2021 Jan;27(1):3-7. Epub 2020 Aug 23. doi:10.1177/1077801220949693
32. Melo CM, Aquino TIS, Soares MQ, Bevilacqua PD. **Death surveillance as an indicator of the quality of health care for women and children**. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 2025 fev 7];22(10):3457-3465. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TndWRhN6TRTLvRkkg466Gfm/?lang=en&format=pdf>
33. Santos CA, Moura MAV, Orfão NH, Queiroz ABA, Parmejiani EP, Paredes HDMT. **Violência sexual perpetrada na adolescência e fase adulta**: análise dos casos notificados na capital de Rondônia. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210405. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0405>
34. Calvo F, Watts B, Panadero S, Giralt C, Rived-Ocaña M, Carbonell X. **The prevalence and nature of violence against women experiencing homelessness**: a quantitative study. *Viol Against Women*. 2022 May;28(6-7):1464-1482. doi:10.1177/10778012211022780.