

# ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Vitória Ferreira Primo<sup>1</sup>; Deniziani Silva Migliorini<sup>1</sup>; Fabricio Miguel Faria Alcarás<sup>1</sup>; Williana Thayara Costa Dos Santos<sup>1</sup>; Simone Mourão Abud de Paula<sup>2</sup>; Geovana Hagata de Lima Souza Thaines Corrêa<sup>2</sup>.

**RESUMO:** Este trabalho tem por objetivo compreender a assistência prestada às mulheres vítimas de violência na Unidade de Urgência e Emergência do município de Várzea Grande – MT. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, por permitir a compreensão da realidade concreta dos processos sociais. Este foi realizado em uma unidade de pronto atendimento (UPA), tendo como sujeitos da pesquisa os profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais e dentistas que realizam as condutas assistenciais às mulheres vítimas de violência. A análise dos dados foi realizada por meio de análise temática. Os resultados foram elencados em duas categorias sendo a categoria 1: Capacitação do profissional para atender mulheres vítimas de violência, categoria 2: Protocolo de atendimento, diante desta ressaltamos a necessidade de existir duas subcategorias como acolhimento e fluxo de atendimento. Através dos resultados obtidos identificou-se algumas fragilidades na assistência prestada as mulheres vítimas de violência na referida unidade, pois os profissionais não têm capacitações para tal atendimento, o que dificulta no momento de identificar os vestígios de uma possível vítima de violência. Ressalta-se que a importância de desenvolver capacitações e elaborar um protocolo para essa especificidade na instituição, auxiliará na melhoria da assistência na mesma.

**PALAVRAS CHAVES:** Saúde da Mulher, Assistência a Vítimas de Violência, Conduta Profissional.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher não atinge apenas uma classe social específica e sim abrange todos os presentes nela, por isso é de suma importância a existência da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres, pois, facilita o acesso ao suporte necessário para as mesmas, cuja finalidade é (BRASIL, 2011 p.2):

[...] estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional [...].

O § 1º assim dispõe: “Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher”.

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do 9º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

<sup>2</sup> Docentes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). Mestres em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Esta política tem consonância com a Lei Nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), amparando e respaldando as mulheres vítimas de qualquer natureza de violência. O combate à violência contra as mulheres compreende o estabelecimento e cumprimento de normas penais que garantam a punição e a responsabilização dos agressores/autores de violência (BRASIL, 2011).

A violência possui causas multifatoriais e necessita de uma intervenção interdisciplinar para um atendimento resolutivo, todos os profissionais da saúde que possuem contato direto com o paciente têm uma importância crucial na identificação, notificação e intervenção das situações de violência dentro de suas especificidades (BRASIL, 2009).

A atenção às pessoas em situação de violência exige ações em rede intra e intersetorial, com atuação integrada dos serviços voltada para a promoção da cidadania e da equidade. Essa rede pode se apresentar de formas diferentes nos territórios, basicamente, é composta por setores como saúde, assistência social, justiça e segurança pública (OLVIVEIRA, 2014).

Oliveira (2014), ainda aborda que as ações para estruturação da rede de atenção a saúde a pessoa em situação de violência envolvem, construção, articulação e pactuação de fluxos ou linhas de cuidado com claros mecanismos de referência e contra referência; estabelecimento de mecanismos formais que assegurem a manutenção da rede (decretos, portarias, protocolos); sensibilização e capacitação permanente de todos os profissionais para a atenção em rede; disponibilizar protocolos, guias, cartilhas para o aprendizado e divulgação da rede para a população.

De acordo com o IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2012), as taxas de femicídios por 100 mil mulheres entre 2009 a 2011, no Brasil foram de 5,82% e no Mato Grosso de 6,81%. Segundo o Atlas de Violência do IPEA de 2017, a taxa de femicídios no Brasil subiu de 3.887 em 2005 para 4.621 em 2015, resultando em uma variação de 18,9% por 100 mil mulheres.

Ao delimitar o tema, levou-se em consideração a importância da qualidade dos serviços ofertados pelos profissionais de saúde as mulheres vítimas de violência, na primeira Unidade de Urgência e Emergência do Município de Várzea Grande-MT (UPA).

Este estudo tem enquanto relevância acadêmica e social, o intuito compreender a assistência integrada às mulheres vítimas de violência e ressaltar a importância quanto à adequação de profissionais capacitados para lidar com tal situação.

Partindo dessa premissa, surgiu o seguinte questionamento: Como é realizada a conduta assistencial dos profissionais de saúde em mulheres vítimas de violência na unidade de urgência e emergência?

Diante disso um dos objetivos propostos no trabalho foi de compreender assistência prestada às mulheres vítima de violência em uma Unidade de Urgência e Emergência do município de Várzea Grande – MT.

## **2. METODOLOGIA**

Para este estudo optou-se como referencial metodológico a abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, por permitir a compreensão da realidade concreta e dos processos sociais. Diante disso é um método que enfatiza a descrição e explicação dos fenômenos que estão sendo investigados através de observações e entrevistas (CYRIACO, 2017).

O local de estudo foi em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por ser considerada a primeira opção para acolher as mulheres vítimas de violência no município. Participaram da pesquisa os profissionais que compõem a equipe multiprofissional que atuam na assistência direta às mulheres vítimas de violência na UPA. Dos 44 profissionais que compõem a equipe, 10 se recusaram a participar do estudo, totalizando assim 34 profissionais entrevistados, sendo 23 enfermeiros, 08 médicos, 01 dentista e 02 assistentes sociais.

A todos os profissionais foi explicado o objetivo da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando o sigilo e anonimato, salvo o consentimento dos entrevistados na autorização da publicação dos resultados obtidos.

Os dados coletados foram por meio de entrevista semi-estruturada, elaborado pelos pesquisadores tendo o auxílio de um gravador de áudio, onde posteriormente foram transcritos para análise. O estudo respeitou a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa do UNIVAG, onde ocorreu a coleta somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), sob o parecer nº 3.260.716, esta se realizou no próprio local de pesquisa em uma sala apropriada e reservada para o mesmo.

Os dados foram transcritos na íntegra e organizados com base na Análise de Conteúdo Temática, em que se baseia na identificação dos núcleos de significados que fazem parte de uma comunicação, cuja presença ou frequência indiquem algo para o objeto analisado (MINAYO, 2010). Desta forma, na primeira etapa de análise, os dados foram organizados por meio da leitura exaustiva das entrevistas com a finalidade de compreender as unidades de registro, permitindo-nos organizar as ideias. Na segunda etapa realizamos a exploração do material realizando a codificação e categorização das unidades de sentidos emergidas das falas dos entrevistados, surgindo desta forma as

seguintes categorias de análise: Capacitação do profissional para atender mulheres vítimas de violência e Protocolo de atendimento às mulheres vítimas de violência.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados foram categorizados em duas categorias distintas e descritas a seguir.

#### **Categoria 1: Capacitação do profissional para atender mulheres vítimas de violência**

O primeiro aspecto observado nas falas dos profissionais a respeito da assistência prestada às mulheres vítimas de violência foi a capacitação dos mesmos para atender este público. Diante das entrevistas realizadas, notou-se que a maioria dos profissionais não receberam capacitação específica para o atendimento as mulheres vítimas de violência.

*“Não recebi nenhuma capacitação não, aqui não”. (Enfermeira 7)*

*“Referente à capacitação, não tem!” (Enfermeira 9)*

*“Orientação até tem, não capacitação não”. (Médico 1)*

*“[...] não pela instituição”. (Médico 5)*

*“Não”. (Dentista 1)*

O Ministério da Saúde estabelece através da Portaria Nº 936, de 19 Maio de 2004 que cabe aos núcleos municipais: elaborar o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde e capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais.

A pouca capacitação ofertada aos profissionais que atendem diretamente as mulheres vítimas de violência, gera insegurança nos mesmos tanto para identificar os casos como para orientar a mulher quando a violência é reconhecida, conforme os relatos seguir:

*“[...] poderia ter uma capacitação para uma melhor abordagem na prática assistencial, pois ajudaria na identificação dos sinais”. (Enfermeira 1)*

*“Em relação do trauma sim, em relação a orientação após não”. (Enfermeira 9)*

*“Estado clínico sim, orientações após o atendimento Não”. (Enfermeira 15)*

*“Do ponto de vista médico sim. Porém precisaria de mais Profissionais”.  
(Médico 1)*

Percebe-se nas narrativas que vários profissionais não se sentem capacitados para ofertar um serviço adequado a este público, sendo de relevância proporcionar um amparo seguro e assertivo diante das situações. Uma vez que se o profissional não tem conhecimento sobre o modo de atender essas vítimas, ele não realizará orientações adequadas e assertivas após a consulta. Alguns profissionais relataram que capacitações a respeito de violências os orientaria melhor sobre o que abordar na assistência a esses casos, assim promovendo atendimento de forma resolutiva.

Santos (2013), ressalta que é de suma importância que os profissionais tenham o conhecimento das teorias sobre as violências bem como a sua implicação nas práticas profissionais e no cotidiano dos sujeitos com quem vão interagir.

Outro aspecto levantado nesta categoria foi a fragilidade na identificação da violência sofrida pelas vítimas por parte dos profissionais pois, segundo as narrativas, a identificação da violência está atrelada ao relato verbal da vítima ou da confirmação da mesma.

*“Só depois do relato dela”. (Enfermeira 5)*

*“Muitas vezes a mulher nega que foi agredida”. (Médico 2)*

*“Depende de cada vítima, pois percebemos através da fala do diálogo entre eu e a vítima, então se a mesma não me falar eu não tenho nenhuma resposta concreta mais visual”. (Assistente Social 1)*

*“Depende de como ela se expressa, por que assim, tem umas que não dá nenhuma indício e a gente não consegue verificar. Depende dos indícios que ela se manifesta”. (Assistente Social 2)*

As falas mostram que há certa dificuldade por parte de alguns profissionais em reconhecer a violência, principalmente quando esta não é relatada pela mulher. Garbin (2015), aponta que a deficiência nos dados impossibilita o conhecimento da magnitude do problema, o medo de divulgar a violência e a necessidade de atualização dos profissionais sobre a questão de violência são apontadas como as principais dificuldades na identificação e notificação desses casos.

A violência possui causas multifatoriais e necessita de uma intervenção interdisciplinar, para um atendimento resolutivo, todos os profissionais da saúde que possuem contato direto com o paciente e têm uma importância crucial na identificação, notificação e intervenção das situações de violência dentro de suas especificidades (BRASIL, 2009). Os profissionais de saúde devem estar capacitados para corresponder com eficácia a essas abordagens, dando-lhe segurança, tranquilidade nas orientações em questão e nas decisões a serem tomadas.

Araújo e Rocha (2013), afirmam que a maioria dos profissionais de saúde não se sentem capacitados para identificar e ou encaminhar devidamente os casos de violência apresentando dificuldades para exercer as condutas adequadas.

O obstáculo encontrado no cenário da área da saúde é a falta de formação de profissionais de saúde preparados para enfrentar as variáveis envolvidas na questão da violência, pois este exige modelos de ensino que contemplem a saúde em seu sentido biopsicossocial (AMARO, 2008).

Mesmo havendo o relato da falta de capacitação para o atendimento às mulheres vítimas de violência, identificou-se que os profissionais da saúde da UPA conhecem basicamente a legislação vigente a cerca dessa temática:

*“Maria da Penha”. (Enfermeira 9)*

*“Lei do Minuto Seguinte, Maria da Penha”. (Enfermeira 23)*

*“Conheço, Maria da Penha e outros mais”. (Médico 5)*

*“Lei Maria da Penha”. (Médico 7)*

*“Sim, a lei 8.142 lei Mª da penha”. (Assistente Social 1)*

Buscar conhecer a legislação e as políticas de saúde para o combate à violência contra mulher é importante para os profissionais que atendem diretamente essas mulheres, uma vez que estudos mostram que muitos profissionais da saúde exibem dificuldades na detecção de casos e na compreensão de conceitos, como denúncias, notificações e conhecimento superficial sobre a Lei Mª da Penha, o que pode prejudicar os processos de orientações e encaminhamentos, fazendo assim necessária a importância de profissionais capacitados (MACHADO, 2017).

## **Categoria 2: Protocolo De Atendimento**

Esta segunda categoria refere-se ao acolhimento às mulheres vítimas de violência e ao fluxo de encaminhamento aos casos notificados e atendidos na unidade.

### **Acolhimento**

Quanto ao acolhimento às mulheres vítimas de violência na UPA, salientou-se que essa prática é realizada de modo individual e não padronizado na unidade

*“Não temos um protocolo e nem uma forma de abordar especificamente essas vítimas”. (Enfermeira 2)*

*“Depende da gravidade, se houver ferimento encaminho para o médico posteriormente assistente social. Porém não tem um fluxo uma padronização no acolhimento”. (Enfermeira 6)*

*“Não temos um protocolo e nem uma forma de abordar especificamente essas vítimas”. (Assistente Social 1).*

Nota-se que não há um acolhimento específico prestado as vítimas, pois cada profissional realiza a conduta conforme sua individualidade, compreende-se que uma abordagem de qualidade oferecida a essa mulher no serviço de saúde possibilitará um desdobramento importante na construção das estratégias de enfrentamento a situação de violência.

A Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres garante o atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência por meio de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento acompanhamento de todas as ações desenvolvidas nas áreas de prevenção, combate à violência e assistência garantindo os direitos das mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

### **Fluxo de Atendimentos**

De acordo com a realização da entrevista pontuamos sobre a organização no atendimento as vítimas de violência nesta instituição, ressaltando as condutas das eventualidades.

*“Fazer a notificação em primeiro momento, após passado pela Assistente Social acionar as autoridades de referência”. (Enfermeira 1)*

*“[...] realizando todo serviço de saúde, logo é acionado a polícia se a mesma veio pelo box; ou orientada a realizar o B.O se veio do consultório. Assim referenciando para cada local de suporte”. (Enfermeira 2)*

*“Faz a notificação, aciona os locais de referência de cada caso pela CCIH”. (Enfermeira 4)*

*“Não tem conduta específica, é um atendimento normal. (Enfermeira 6)*

*“Assistência de modo geral passa pelo médico, se tiver que chamar conselho a gente chama, se tiver de chamar polícia a gente chama!”. (Enfermeira 7)*

*“Orienta e encaminha para vigilância os instrumentos de notificação” (Assistente Social 1)*

*“[...] Geralmente, eu já chamei assim, a guarda municipal para estar acompanhando, mais aí é de acordo com a vontade dela.” (Assistente Social 2)*

Nota-se que não há um protocolo para encaminhamento dos casos atendidos, evidenciando assim a não padronização dos mesmos. As narrativas evidenciam ainda que as vítimas são encaminhadas para diversos serviços, como o Instituto médico legal (IML), pronto socorro, outros hospitais, delegacia da mulher dentre outros, demonstrando que cada profissional tem uma conduta para referenciar as vítimas, uma vez que a instituição não tem um protocolo específico para atendimentos deste público. Oliveira (2014), resalta que se faz necessário estabelecer a interlocução entre os pontos da Rede Intersetorial na atenção às pessoas em situação de violência internamente e destas

com o Sistema Único de Saúde – SUS. O estabelecimento e formalização de um mecanismo de referência e contra referências é parte essencial para um diálogo contínuo.

Os profissionais devem realizar os encaminhamentos necessários, partindo de fluxos e protocolos que assegurem o vínculo e a responsabilização dos demais serviços da Rede de Atenção e Proteção de Pessoas em Situação de Violência (BRASIL, 2017).

Referente às notificações dos casos atendidos na unidade, todos os profissionais afirmaram que estas são realizadas:

*“Sim. Ai depende do profissional, geralmente é o profissional de enfermagem que faz a notificação e manda pra vigilância a gente tem de violência 24 horas, tem a enfermeira que já fica só por isso, ai se passou por um setor ai que não é o dela, eles trazem as notificações aqui, por que se eu não atender” (Assistente Social 2)*

Após a análise dos relatos identificamos que a unidade possui a notificação compulsória conforme estabelece a Lei N° 10.778/2003. O Ministério da Saúde ressalta na Cartilha de Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas (2017) que a notificação não se restringe a uma ou outra categoria profissional. O ideal é que o(a) profissional que fez o atendimento também faça a notificação, diante disso os(as) profissionais de saúde devem notificar, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação, dentro da referida instituição o profissional enfermeiro do CCIH que desenvolve tal atividade.

O Ministério da Saúde prevê através da Portaria N° 104 de 25 de janeiro de 2011, a obrigatoriedade da Notificação Compulsória que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos incluindo a violência. A notificação sendo obrigatória contribui-se em um instrumento fundamental para o conhecimento do perfil da violência, possibilitando a realização de ações para prevenção do problema (BRASIL, 2011).

Segundo os relatos dos profissionais, a assistência às vítimas é realizada, de forma multidisciplinar.

*“Sim, médico, enfermeiro, Assistente Social e quando necessário dentistas” (Enfermeira 3)*

*“Sim, depende do tipo de lesão médico, enfermeiro, Assistente Social” (Dentista 1)*

Realizar uma assistência com uma equipe multiprofissional, é essencial para o acolhimento no atendimento às vítimas de violência, para que esse atendimento funcione plenamente é necessário oferecer opções reais para que a mulher possa sair de um ciclo de violência. Cada profissional deve buscar a integração de seu trabalho com profissionais inseridos no setor saúde, para que possam colaborar de maneira efetiva e viabilizar a construção e execução de um plano de atenção a pessoas em situação de violência (OLIVEIRA, 2014).

A vítima que recebe atendimento multiprofissional, tem uma assistência de qualidade e humanizada, sendo vista dentro da instituição como um ser biopsicossocial, ou seja, os seus medos e angustias, serão amenizados no momento em a mesma se sentir segura e amparada pelos profissionais. Desta forma, o trabalho em rede surge como proposta para superar a fragmentação dos serviços, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2011).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a realização desta pesquisa podemos compreender como é realizada a assistência as mulheres vítimas de violência na referida unidade, a maioria dos profissionais não possuem nenhuma capacitação ofertadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande, o que dificulta no momento de identificar os vestígios de uma possível vítima de violência.

Percebemos que esta unidade não possui um Protocolo específico para prestar atendimento e encaminhamento a esse público, sendo de suma importância o desenvolvimento deste com embasamento nos Protocolos nacionais, com o intuito de favorecer a qualidade da assistência, constata-se a necessidade da construção de um protocolo municipal sobre como abordar às mulheres vítimas de violência para que os profissionais da saúde consigam perceber a violência sofrida e acima de tudo acolher as vítimas.

É necessário ressaltar que profissionais capacitados realizam um atendimento de forma integral e humanizada, pois o conhecimento com embasamento teórico científico norteiam as melhores formas de acolher as vítimas, assim encaminhando-as de forma adequada.

Conclui-se que a magnitude das capacitações e a seriedade da elaboração de um Protocolo voltado para essa especificidade, faz-se necessário na instituição, pois estes trarão melhorias na assistência prestada as vítimas de violência assim como facilitará o atendimento na Unidade de Urgência e Emergência.

#### **REFERÊNCIAS**

AMARO, M.C.P; ANDRADE, S.M; GARANHANI, M.L; A Atuação do Serviço de Saúde na Violência sob o Olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina (PR). *Saúde Soc.* 17(3):171- 180, 2008.

ARAUJO, L. F.; ROCHA, E. A. C. R. A. *Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde*. Universidade Federal do Piauí, Parnaíba. *Psicologia & Sociedade*; 25(1): 203-2012, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 936, de 19 de Maio de 2004. *Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936\\_19\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html)>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Manual Para Atendimento Às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF*. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres/Presidência da república. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CYRIACO, A. F. F. et al. *Pesquisa Qualitativa: conceitos importantes e breve revisão de sua aplicação à geriatria/gerontologia*. 2017. Disponível em: <[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/849230/gg-v11n1\\_pt\\_4-9.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/849230/gg-v11n1_pt_4-9.pdf)>. Acesso em 30 out. 2018.

GARBIN, C. A. S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015.

MACHADO, C. L; FERNANDES, A. M. S; OSIS, M. J. D; MAKUCH, M. Y. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(2), 345-353. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00051714>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, C. S; DELZIOVO, C. R; LACERDA, J.T. *Redes de atenção a violência*. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1882/Redes.pdf?sequence=1&iAllowed=y>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

SANTOS, D. H. *Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes e afirmação de direitos: a notificação compulsória no hospital das clínicas de Pernambuco*. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

