

# Sala Lilás no SUS: integração entre Direito, Psicologia e Medicina na violência doméstica

## LILAC ROOM IN SUS: integration of Law, Psychology and Medicine in domestic violence care

Luís Otávio Vilela da Cruz<sup>1</sup>, Nivea Dias Fernandes<sup>2</sup>.

1. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, SP, Brasil.
2. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Poços de Caldas, MG, Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** Propor um modelo interdisciplinar para organizar a cadeia de cuidado a mulheres em situação de violência doméstica na rede de saúde, integrando exigências jurídicas, segurança relacional e manejo clínico, com ênfase em ambiente privativo e governança de informações.

**Fontes de dados:** Foram considerados documentos legais e técnico-normativos federais sobre atendimento, registro clínico, notificação em saúde e comunicação de casos de violência contra a mulher, bem como diretrizes e evidências científicas nacionais e internacionais sobre efeitos da violência na saúde, revelação em serviços de saúde e modelos de resposta coordenada e interprofissional. **Síntese dos dados:** A síntese narrativa e analítica das fontes permitiu organizar um desenho de “fluxo protegido” para o cuidado em serviços de saúde, articulando ambiência, processos de trabalho, responsabilidades e proteção da confidencialidade. Quatro pontos críticos foram identificados para proteção e efetividade: distinção operacional entre registro assistencial, notificação em saúde e comunicação externa; garantia de privacidade e acolhimento para reduzir revitimização institucional e favorecer revelação; capacitação contínua com retaguarda institucional para reduzir condutas defensivas e variabilidade de decisão; e articulação em rede com referência, contrarreferência e devolutiva informacional para sustentar seguimento e proteção. **Conclusões:** A resposta à violência doméstica tende a ser mais efetiva quando normas são traduzidas em rotinas assistenciais previsíveis, centradas na usuária e avaliáveis. A adoção do fluxo protegido, associada à educação permanente, ambiência adequada e governança de dados, pode qualificar acolhimento, registro, encaminhamentos e integração intersetorial.

### Abstract

**Objective:** To propose an interdisciplinary model to organize the care pathway for women experiencing domestic violence within health services, integrating legal requirements, relational safety, and clinical management, with emphasis on a private setting and information governance.

**Data source:** Federal legal and technical norms on care, clinical recording, health notification, and external communication regarding violence against women were considered, as well as national and international scientific evidence on health impacts, disclosure within health services, and coordinated and interprofessional response models. **Data synthesis:** A narrative and analytical synthesis supported a “protected care flow” design for health services, linking care environment, work processes, defined roles, and confidentiality safeguards. Four critical points for protection and effectiveness were identified: operational differentiation between clinical records, health notification, and external reporting; ensured privacy and welcoming care to reduce institutional revictimization and support disclosure; continuous training with institutional backup to reduce defensive practices and decision variability; and network articulation with referral, counter-referral, and information feedback to sustain follow-up and protection. **Conclusions:** Responses to domestic violence are more effective when norms are translated into predictable, woman-centered, and measurable routines. Implementing a protected care flow, combined with continuing education, appropriate environment, and data governance, can improve welcoming care, documentation quality, referrals, and intersectoral coordination.

### Palavras-chave:

Violência contra a Mulher. Violência Doméstica. Confidencialidade. Serviços de Saúde. Sistemas de Informação em Saúde.

### Keyword:

Violence Against Women. Domestic Violence. Confidentiality. Health Services. Health Information Systems.

### \*Correspondência para/ Correspondence to:

Luís Otávio Vilela da Cruz: [louisvilella@gmail.com](mailto:louisvilella@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica e familiar contra mulheres permanece como fenômeno social persistente e complexo, atravessando saúde, direito e ciências psicológicas. Para além de eventos agudos, constitui um continuum de violações associado a desigualdades de gênero, raça/cor, classe e território, com efeitos sobre morbimortalidade, incapacidade, sofrimento psíquico e rupturas de vínculos sociais.<sup>1,2</sup> A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como problema relevante de saúde pública e de direitos humanos, com impacto sobre a carga de doenças e a organização dos sistemas de cuidado.<sup>1</sup> No campo da saúde coletiva, a violência não pode ser tratada como episódio isolado, pois se articula a determinantes sociais e trajetórias de vulnerabilização, exigindo respostas intersetoriais e sustentadas.<sup>2</sup>

Nesse cenário, os serviços de saúde ocupam posição estratégica, pois frequentemente constituem a primeira porta procurada para cuidado de lesões, queixas inespecíficas, agravos ginecológicos, sintomas somáticos e sofrimento mental associado à violência.<sup>3,4</sup> Contudo, a identificação e o manejo clínico e psicossocial são atravessados por barreiras como medo, vergonha, dependência econômica, risco de retaliação e experiências prévias de desacolhimento ou revitimização institucional.<sup>4</sup> Assim, a resposta em saúde precisa combinar acolhimento, escuta qualificada, avaliação de risco, cuidado aos agravos físicos e mentais e encaminhamentos pactuados com a rede de proteção, considerando autonomia, segurança e singularidades culturais.<sup>3,4</sup>

No Brasil, estudos com usuárias de serviços públicos evidenciam tanto a magnitude do problema quanto dificuldades de reconhecimento e registro, com lacunas na continuidade do cuidado e na articulação com a rede de proteção.<sup>5</sup> Análises nacionais de notificações reforçam padrões territoriais desiguais, sugerindo variações simultâneas na ocorrência e na capacidade de detecção/registo conforme contextos socioeconômicos, disponibilidade de serviços e governança local.<sup>6</sup> Revisões sistemáticas apontam obstáculos recorrentes na atenção primária, como insegurança sobre fluxos e encaminhamentos, além da ausência de espaços adequados para atendimento privativo, o que fragiliza a confiança e reduz a chance de revelação espontânea.<sup>7</sup>

A complexidade do cuidado se intensifica na dimensão normativa. O enfrentamento da violência contra a mulher é sustentado por marcos jurídicos que a reconhecem como violação de direitos e demandam políticas integradas.<sup>8</sup> Desde 2003, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde é objeto de notificação compulsória, com finalidade sanitária e epidemiológica.<sup>9</sup> A partir de 2019, a legislação reforçou a obrigatoriedade também nos casos suspeitos e previu comunicação do evento às autoridades competentes, tensionando a diferenciação entre vigilância em saúde e medidas de persecução/segurança pública.<sup>10</sup> No âmbito do SUS, normas consolidadas e orientações técnico-operacionais estruturam o fluxo do registro e a produção de dados para políticas públicas.<sup>11,12</sup>

Esse debate ganha novas camadas com diretrizes para a “comunicação externa” às autoridades policiais.<sup>13</sup> Sua operacionalização demanda precisão conceitual e clínica: comunicar não equivale a

“denunciar” nem autoriza, por si, a exposição de informações sensíveis do atendimento. A gestão federal tem enfatizado a distinção entre notificação (documento de saúde sob sigilo, voltado à vigilância e políticas públicas) e comunicação externa (medida acionada em situações de risco, com requisitos e cautelas próprias), além de orientar que a vítima seja informada sobre a conduta para reduzir danos e preservar a confiança no cuidado.<sup>14</sup> Em paralelo, a Lei nº 14.847/2024 reforçou a necessidade de ambiente privativo e acolhedor no SUS, e orientações técnicas sistematizaram parâmetros para implementação e funcionamento da “Sala Lilás”, enfatizando privacidade, prevenção de revitimização e articulação em rede.<sup>15,14</sup>

É nesse ponto que a integração entre direito, psicologia e medicina se torna decisiva. O sigilo e a confidencialidade sustentam o vínculo terapêutico e a prática clínica, com implicações diretas para adesão, revelação e seguimento do cuidado.<sup>16,17</sup> Ao mesmo tempo, a violência doméstica frequentemente ocorre em contextos de controle coercitivo, nos quais quebras indevidas de confidencialidade podem elevar risco de retaliação e reduzir a busca por ajuda. Assim, a tensão central se manifesta no cotidiano dos serviços ao conciliar deveres legais de notificação/comunicação, protocolos de segurança e cuidado centrado na pessoa, com respeito à autonomia e minimização de danos. Diante disso, este artigo propõe discutir criticamente as interfaces entre deveres legais (notificação e comunicação externa), princípios éticos (sigilo e confidencialidade) e diretrizes assistenciais (acolhimento, avaliação de risco e articulação em rede), apontando implicações para a prática interprofissional e para a gestão do cuidado.

## METODOLOGIA

Este artigo caracteriza-se como revisão narrativa, de natureza interdisciplinar, com análise documental e síntese narrativa-analítica orientadas à proposição de um modelo de organização da cadeia de cuidado a mulheres em situação de violência doméstica no Sistema Único de Saúde. A construção metodológica se apoia em referenciais de pesquisa jurídica (delimitação do problema, construção do objeto e coerência entre categorias normativas e evidências),<sup>18</sup> em fundamentos de métodos de pesquisa em Psicologia aplicados à leitura crítica e organização de evidências (critérios de rigor e coerência interpretativa),<sup>19</sup> e em bases conceituais de epidemiologia e saúde coletiva para interpretação de recomendações, diretrizes e evidências aplicáveis à organização do cuidado e à vigilância em saúde.<sup>20</sup>

Para a composição do corpus técnico-científico, realizou-se busca bibliográfica exploratória (jan–mai de 2026) nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, com combinações de termos em português e inglês relativos a violência contra a mulher/violência doméstica/violência por parceiro íntimo, serviços de saúde, confidencialidade, notificação compulsória/comunicação externa, Sala Lilás, resposta interprofissional e sistemas de informação em saúde. Complementou-se por rastreamento de referências (*snowballing*) a partir de diretrizes e revisões centrais. Adotou-se amostragem intencional

qualitativa, priorizando documentos com aderência direta ao objetivo e excluindo duplicidades e materiais sem pertinência.<sup>19,20</sup>

As fontes foram organizadas em dois núcleos complementares. O primeiro correspondeu ao corpus documental-normativo, composto por marcos legais e técnico-normativos federais de acesso público que estruturam a resposta do SUS à violência contra a mulher, especialmente no que se refere a atenção/ambiência (Sala Lilás), registro em saúde, notificação, comunicação externa e proteção de informações, incluindo Lei Maria da Penha,<sup>8</sup> Lei 10.778/2003,<sup>9</sup> Lei 13.931/2019,<sup>10</sup> Portaria de Consolidação nº 4/2017,<sup>11</sup> instrutivo Viva,<sup>12</sup> Portaria GM/MS nº 78/2021,<sup>13</sup> Lei 14.847/2024 e Nota Técnica Conjunta nº 264/2024.<sup>14,15</sup> O segundo núcleo correspondeu ao corpus técnico-científico, composto por diretrizes e evidências nacionais e internacionais sobre impactos da violência na saúde, acolhimento, revelação em serviços de saúde e organização de respostas coordenadas e interprofissionais, com destaque para diretrizes clínicas e de políticas públicas aplicáveis ao setor saúde.<sup>3,4</sup>

A síntese foi conduzida em etapas. Inicialmente, realizou-se mapeamento e leitura integral do corpus documental-normativo, com extração de conteúdo para uma matriz analítica de categorias previamente definidas (por exemplo: finalidade da notificação; definição de suspeita/confirmação; fluxos e responsabilidades; privacidade/ambiência; dever de informar; salvaguardas de sigilo; critérios de risco e acionamento intersetorial).<sup>18</sup> Em seguida, as recomendações e evidências do corpus técnico-científico foram organizadas de modo a dialogar com essas categorias, permitindo identificar convergências, lacunas e tensões entre exigências normativas, necessidades psicossociais e requisitos clínico-assistenciais.<sup>3,4,19,20</sup>

Por fim, os achados foram integrados em síntese narrativa e propositiva, destinada a estruturar o modelo de “fluxo protegido” e seus componentes mínimos (ambiência, processos de trabalho, responsabilidades e salvaguardas informacionais), articulando o cuidado clínico e psicossocial com o cumprimento normativo e a preservação da confidencialidade nos limites ético-legais.<sup>13–17</sup> Por se basear em documentos públicos e literatura, a revisão não envolveu coleta de dados primários com seres humanos, dispensando procedimentos de aprovação ética aplicáveis a pesquisas com participantes.

## DESENVOLVIMENTO

### *Direito*

No âmbito infraconstitucional, a Lei nº 8.080/1990 organiza o Sistema Único de Saúde e, após alteração recente, passou a prever expressamente o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado no sistema público (Sala Lilás).<sup>21,15</sup> Orientações técnicas vinculadas ao marco legal detalham parâmetros de privacidade, acolhimento e articulação em rede, reforçando que a qualidade do cuidado depende de infraestrutura, fluxos, capacitação e governança.<sup>14</sup>

A obrigação de notificar violências e a discussão sobre sigilo não podem ser tratadas como detalhe operacional. A legislação nacional estabelece a notificação compulsória de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde e prevê comunicação do evento às autoridades competentes, o que tensiona a diferenciação entre vigilância em saúde e medidas de persecução/segurança pública.<sup>9,10</sup> Diretrizes ministeriais para a comunicação externa buscam padronizar fluxos e salvaguardas no âmbito do Sistema Único de Saúde.<sup>11,12,13</sup>

Do ponto de vista jurídico, duas tensões se tornam centrais: conciliar dever de proteção e autonomia e assegurar governança adequada de dados sensíveis. A Lei Geral de Proteção de Dados impõe princípios de necessidade, finalidade e segurança que orientam o compartilhamento mínimo de informações em políticas de notificação e comunicação externa.<sup>22</sup> Nesse contexto, a Sala Lilás contribui para proteger a confidencialidade no ato do cuidado e para reduzir exposição indevida em ambientes compartilhados.<sup>14,15</sup>

A Nota Técnica Conjunta nº 264/2024 orienta gestores e serviços quanto à implementação da Sala Lilás, com ênfase em privacidade, segurança, acolhimento e organização de fluxos assistenciais.<sup>14,15</sup>

## Psicologia

No eixo psicológico, a violência doméstica associa-se a desfechos como sintomas depressivos incidentes, tentativas de suicídio e maior risco de transtornos mentais, o que reforça a necessidade de escuta qualificada, avaliação de risco e encaminhamentos que preservem vínculo e autonomia.<sup>23,24</sup>

A resposta em saúde deve priorizar segurança, transparência e escolha, reduzindo práticas que aumentem revitimização institucional. Diretrizes clínicas recomendam abordagem centrada na pessoa e medidas de proteção no atendimento a violência por parceiro íntimo e violência sexual.<sup>3,4</sup> A Sala Lilás, ao garantir ambiente privativo, favorece a revelação segura e a continuidade do cuidado.<sup>14,15</sup>

No âmbito da atenção e do acompanhamento, a organização do processo de trabalho e o suporte às equipes são decisivos para lidar com conflitos familiares e violência de gênero. A literatura aponta que barreiras institucionais, insegurança sobre fluxos e ausência de privacidade fragilizam a confiança e reduzem a chance de revelação, exigindo respostas estruturadas e articuladas em rede.<sup>3,4,7</sup>

## Medicina

Na medicina e na saúde coletiva, a violência é reconhecida como problema de saúde com repercussões agudas e crônicas. Em violências sexuais, o cuidado envolve profilaxias, manejo de agravos e fluxos que evitem peregrinação, conforme marcos que estabelecem atendimento integral e diretrizes para coleta de vestígios.<sup>25,26</sup> A violência por parceiro íntimo também se associa a múltiplos agravos e maior uso de serviços.<sup>27</sup>

A efetividade do cuidado se choca com subnotificação e fragmentação informacional. Estudos na atenção primária descrevem invisibilidade de violências contra mulheres e dificuldades no registro, indicando que a melhoria do cuidado depende de capacitação, fluxos claros e proteção da confidencialidade.<sup>28</sup>

## Integração interdisciplinar

Tomar a cadeia de cuidado como fenômeno normativo, relacional e clínico implica reconhecer que cada encontro assistencial produz efeitos jurídicos, psicossociais e biomédicos. A articulação entre deveres de notificação/comunicação, confidencialidade e manejo clínico influencia confiança, revelação e continuidade do cuidado.<sup>9,10,13,14,15,23,24,27</sup>

Um eixo sensível dessa governança é distinguir registro clínico, notificação em saúde e comunicação externa, com definição de responsabilidades e salvaguardas de minimização de dados. A comunicação externa demanda precisão conceitual e deve preservar, tanto quanto possível, a confidencialidade e a segurança da usuária, em consonância com códigos profissionais e proteção de dados.<sup>13,16,17,22,14,15</sup>

Clinicamente, a cadeia de cuidado exige capacidade assistencial e documentação adequada, com avaliação de risco, manejo de agravos e encaminhamentos pactuados. Diretrizes internacionais reforçam que identificação de violência deve estar acoplada à capacidade de resposta e proteção no serviço.<sup>3,4,7</sup>

Em síntese, a literatura revisada sustenta um “fluxo protegido” no Sistema Único de Saúde, combinando ambiente privativo (Sala Lilás), transparência sobre registro/notificação/comunicação e articulação em rede, de modo a qualificar acolhimento, registro e proteção.<sup>14,15,3,4</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises desta revisão sustentam que qualificar a resposta do Sistema Único de Saúde às violências contra mulheres depende sobretudo de transformar marcos normativos e diretrizes em rotinas assistenciais previsíveis e centradas na usuária. A Sala Lilás deve ser tratada como dispositivo organizacional de privacidade e acolhimento, reduzindo revitimização institucional e favorecendo registro qualificado e continuidade do cuidado. Recomenda-se institucionalizar um “fluxo protegido” com: acolhimento em ambiente privativo; comunicação transparente sobre registro, notificação e eventuais comunicações externas; responsabilidades definidas para registro e encaminhamentos; e pactuação de referência, contrarreferência e retorno na rede. A sustentação do modelo requer protocolos operacionais concisos, educação permanente baseada em casos e suporte institucional às equipes.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento de revisão narrativa: a síntese depende da disponibilidade e qualidade das fontes normativas e técnico-científicas consultadas e não pretende exaurir a totalidade da produção sobre o tema. Além disso, parte da evidência disponível é heterogênea quanto a contextos assistenciais, definições operacionais e indicadores, o que restringe generalizações diretas para diferentes realidades locais. Por fim, a própria implementação de dispositivos como a Sala Lilás pode variar conforme infraestrutura, processos de trabalho e articulação intersetorial, exigindo adaptação às condições do serviço e monitoramento de efeitos não intencionais, como barreiras de acesso ou retração da revelação em cenários de baixa confiança institucional.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesses

**Forma de citar este artigo:** da Cruz LOV, Fernandes ND. Sala Lilás no SUS: integração entre Direito, Psicologia e Medicina na violência doméstica. *Rev. Educ. Saúde* 2026; 14 (1): e2026004.

## REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
3. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: World Health Organization; 2014.
5. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):359-67. doi:10.1590/S0034-89102007000300006.
6. Azevedo LS, Oliveira NN, Oliveira RR. Reports, excess risk and spatial distribution of domestic violence against women, Brazil, 2015-2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2025 Jul 11;34:e20240277. doi:10.1590/S2237-96222025v34e20240277.en.
7. d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Graglia CGV, Aguiar JM, Sousa PC, et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190164. doi:10.1590/Interface.190164.
8. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Presidência da República; 2006 Aug 7 [cited 2026 Jan 16]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)

9. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília (DF): Presidência da República; 2003 Nov 24 [cited 2026 Jan 16]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm)
10. Brasil. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778/2003 para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília (DF): Presidência da República; 2019 Dec 10 [cited 2026 Jan 16]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 Sep 28 [cited 2026 Jan 16]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco004\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco004_03_10_2017.html)
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2nd ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2026 Jan 16]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 78, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 para dispor sobre diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 Jan 18 [cited 2026 Jan 16]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prto078\\_19\\_01\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prto078_19_01_2021.html)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 264/2024 – CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; e DAHU/SAES/MS. Orientações a gestores e serviços em relação à Lei nº 14.847/2024 e implementação da Sala Lilás nos serviços de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 Dec 31 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <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>
15. Brasil. Lei nº 14.847, de 25 de abril de 2024. Altera a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência no SUS. Brasília (DF): Presidência da República; 2024 Apr 25 [cited 2026 Jan 16]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2024/lei/L14847.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14847.htm)
16. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 010/2005) [Internet]. Brasília (DF): CFP; 2005 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
17. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2019 [cited 2026 Jan 16]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
18. Bittar ECB. Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática da monografia para os cursos de direito. 18a ed. São Paulo: SaraivaJur; 2024.
19. Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C, Smith JA, Haase VG. Métodos de pesquisa em psicologia. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
20. Rouquayrol MZ, Gurgel M, editors. Rouquayrol: epidemiologia & saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2018.

21. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1990 [cited 2026 Jan 17]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
22. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2018 [cited 2026 Jan 17]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm)
23. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439
24. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2012;7(12):e51740. doi:10.1371/journal.pone.0051740
25. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2013 [cited 2026 Jan 17]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm)
26. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, e para o recolhimento de vestígios [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 2013 [cited 2026 Jan 17]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm)
27. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002;359(9314):1331-6. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
28. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica.* 2013;29(9):1805-15.

1.