

**NEUROBIOLOGIA DO
TRAUMA OCULTO: A
SUBNOTIFICAÇÃO DE
TRAUMATISMOS
CRANIOENCEFÁLICOS (TCE)
EM SOBREVIVENTES DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A
URGÊNCIA DE NOVOS
PROTOCOLOS NO SISTEMA
PÚBLICO DE SAÚDE**

**NEUROBIOLOGY OF HIDDEN TRAUMA: UNDERRECOGNITION AND
UNDERREPORTING OF TRAUMATIC BRAIN INJURY (TBI) AMONG
DOMESTIC VIOLENCE SURVIVORS AND THE URGENT NEED FOR NEW
PUBLIC HEALTH PROTOCOLS**

Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

11/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791609884](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791609884)

Aldo Ramos da Silva Junior¹

Anna Paula Rocha Frazão²

Leyrilane de Souza³

Gisele de Almeida Nascimento⁴

Dayanne Ramos Farias⁵

RESUMO

O traumatismo cranioencefálico associado à violência doméstica constitui uma forma de dano neurológico frequentemente invisibilizada nos serviços de saúde. A agressão física pode produzir lesão cerebral por impactos repetidos na cabeça, quedas, aceleração-desaceleração e, de modo particularmente relevante, por estrangulamento não fatal com hipóxia-isquemia. Os sintomas subsequentes — cefaleia, tontura, fadiga, alterações de memória, atenção, sono, equilíbrio, humor e funções executivas — sobrepõem-se a manifestações de transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e privação de sono, favorecendo atribuições diagnósticas exclusivamente psiquiátricas e a perda do componente neurológico. Este artigo analisa a neurobiologia do TCE relacionado à violência por parceiro íntimo, as evidências de subreconhecimento clínico e subnotificação epidemiológica e as lacunas existentes na resposta do sistema público de saúde brasileiro. Realizou-se revisão sistematizada qualitativa com síntese narrativa, baseada em literatura científica indexada sobre lesão cerebral associada à violência por parceiro íntimo e estrangulamento não fatal, além de documentos da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Estudos empíricos demonstram prevalências elevadas de lesão cerebral em diferentes amostras de sobreviventes, alterações persistentes de memória, aprendizagem, funções executivas e desempenho cognitivo-motor, bem como achados de neuroimagem compatíveis com alterações estruturais e funcionais. Revisões recentes ressaltam que as estimativas são heterogêneas, os instrumentos de triagem ainda carecem de validação ampla e os protocolos clínicos permanecem inconsistentes. No Brasil, a notificação compulsória da violência e as diretrizes gerais de TCE e de atenção às mulheres existem, mas permanecem pouco integradas para reconhecer sistematicamente TCE leve, lesão

repetitiva e dano hipóxico-isquêmico por estrangulamento em contextos de violência doméstica. Propõe-se uma Matriz Integrada de Vigilância Neurotraumática na Violência Doméstica (VIGIA-TCE), organizada em acolhimento seguro, investigação dirigida de mecanismos, triagem neurológica, definição de sinais de alarme, encaminhamento, reabilitação, notificação e seguimento longitudinal. Conclui-se que tornar visível o trauma cerebral requer integrar neurologia, urgência, atenção primária, saúde mental, reabilitação e vigilância em saúde, sem reduzir a sobrevivente a um diagnóstico isolado nem transformar instrumentos de triagem em substitutos da avaliação clínica.

Palavras-chave: traumatismo cranioencefálico; violência doméstica; violência por parceiro íntimo; estrangulamento não fatal; neurobiologia; subnotificação; saúde pública; saúde da mulher.

ABSTRACT

Traumatic brain injury associated with domestic and intimate partner violence is a form of neurological harm that often remains clinically invisible. Physical assault may produce brain injury through repeated blows to the head, falls, acceleration-deceleration forces and, importantly, non-fatal strangulation leading to hypoxic-ischemic injury. Subsequent symptoms — headache, dizziness, fatigue, memory and attention problems, sleep disturbance, balance dysfunction, mood changes and executive deficits — substantially overlap with post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and sleep deprivation, facilitating exclusively psychiatric attributions and loss of the neurological component. This article examines the neurobiology of intimate partner violence-related traumatic brain injury, evidence of clinical underrecognition and epidemiological underreporting, and gaps in the Brazilian public health response. A systematized qualitative review with narrative synthesis was

conducted using indexed scientific literature on intimate partner violence-related brain injury and non-fatal strangulation, together with World Health Organization and Brazilian Ministry of Health documents. Empirical studies report high rates of brain injury across different survivor samples, persistent impairments in memory, learning, executive and cognitive-motor functions, and neuroimaging findings compatible with structural and functional abnormalities. Recent reviews emphasize substantial heterogeneity in prevalence estimates, incomplete validation of screening instruments and inconsistent clinical protocols. In Brazil, mandatory violence notification and general guidelines for traumatic brain injury and women's health exist, but they remain insufficiently integrated to systematically identify mild TBI, repetitive injury and hypoxic-ischemic injury caused by strangulation in domestic violence. We propose the Integrated Neurotrauma Surveillance Matrix for Domestic Violence (VIGIA-TBI), structured around safe first-line care, mechanism-focused history, neurological screening, red-flag recognition, referral, rehabilitation, notification and longitudinal follow-up. Making brain trauma visible requires integration across emergency medicine, primary care, neurology, mental health, rehabilitation and public health surveillance, without reducing survivors to a single diagnosis or treating screening instruments as substitutes for clinical assessment.

Keywords: traumatic brain injury; domestic violence; intimate partner violence; non-fatal strangulation; neurobiology; underreporting; public health; women's health.

1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica é tradicionalmente reconhecida por suas consequências físicas, psicológicas, sexuais e sociais. Entretanto, um

componente permanece desproporcionalmente invisível: a possibilidade de lesão cerebral adquirida decorrente de golpes na cabeça, quedas, impacto contra superfícies, sacudidas, agressões repetidas e estrangulamento não fatal. A invisibilidade não decorre da ausência de mecanismo biológico plausível, mas de uma combinação de fatores clínicos e institucionais. Muitos traumatismos são classificados como leves, não deixam lesões evidentes em exames estruturais de rotina, ocorrem repetidamente ao longo de meses ou anos e se apresentam por sintomas inespecíficos. Em paralelo, a mulher pode buscar o serviço por dor, ansiedade, insônia, “crises de pânico”, dificuldade de concentração ou mal-estar inespecífico sem revelar imediatamente o contexto da agressão. Essa convergência produz aquilo que se pode denominar trauma oculto: lesão neurológica real, mas sub-reconhecida na clínica e mal representada nos sistemas de informação.

A literatura internacional oferece evidências consistentes de que o problema não é marginal. No estudo clássico de Valera e Berenbaum (2003), quase três quartos de 99 mulheres submetidas a violência por parceiro íntimo relataram pelo menos uma lesão cerebral relacionada ao parceiro e cerca de metade relatou múltiplos eventos. A magnitude varia substancialmente conforme população, instrumento e definição, mas revisões recentes apontam taxas de lesão neurológica extremamente amplas — de aproximadamente 19% a 100% em diferentes amostras —, o que evidencia tanto a provável frequência do fenômeno quanto a fragilidade metodológica de uma área ainda em consolidação (Callaway; Ch’ang, 2025). Em mulheres colombianas atendidas em abrigos e organizações comunitárias, Quiroz Molinares et al. (2023) encontraram ao menos uma lesão cerebral em 31% e lesões

repetitivas em 10%, demonstrando que a associação também é observada em contexto latino-americano.

A expressão “traumatismo cranioencefálico”, embora clinicamente útil, não abrange integralmente a diversidade de mecanismos. Impactos cranianos podem produzir concussão ou TCE leve mesmo sem perda prolongada de consciência; agressões repetidas acumulam carga traumática; e o estrangulamento não fatal acrescenta um mecanismo distinto, de natureza hipóxico-isquêmica, vascular e potencialmente combinada. Por essa razão, parte da literatura utiliza o conceito mais amplo de brain injury relacionada à violência por parceiro íntimo, incorporando tanto TCE quanto lesão cerebral adquirida por asfixia, hipoxemia ou comprometimento do fluxo sanguíneo cerebral. Astridge Clarke et al. (2024) destacam que essa multiplicidade etiológica exige instrumentos que investiguem não apenas “batidas na cabeça”, mas também sufocamento, estrangulamento, alteração de consciência e sintomas posteriores.

O desafio diagnóstico é agravado pela sobreposição entre neurotrauma e trauma psicológico. Cefaleia, intolerância a estímulos, distúrbios do sono, irritabilidade, lentificação, déficit de memória, dificuldade de planejamento e fadiga podem ocorrer após TCE, mas também acompanham depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. Em sobreviventes de violência, essas condições frequentemente coexistem. A consequência é um risco de falsa dicotomia: interpretar todo sintoma cognitivo como psiquiátrico ou, no extremo oposto, atribuí-lo exclusivamente a lesão cerebral. O problema clínico exige raciocínio integrativo. Estudos neuropsicológicos mostram que diferenças em memória e função executiva podem permanecer mesmo após controle estatístico de

sintomas emocionais, enquanto outros resultados demonstram influência significativa de ansiedade e depressão sobre o desempenho (Raskin et al., 2024; Maldonado-Rodriguez et al., 2021).

No sistema de saúde, a invisibilidade ocorre em duas camadas que devem ser conceitualmente separadas. A primeira é a subnotificação da própria violência, fenômeno bem documentado na atenção primária brasileira e associado a dificuldades profissionais, confusão entre notificação em saúde e denúncia policial, medo, ausência de fluxos e baixa capacitação (Kind et al., 2013). A segunda é o subdiagnóstico ou subregistro do componente neurológico dentro de atendimentos já reconhecidos como violência. Dados do VIVA mostraram elevada frequência de agressões em cabeça e pescoço entre mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, enquanto o diagnóstico de TCE/politraumatismo representou parcela muito menor, diferença que não prova subdiagnóstico, mas reforça a necessidade de investigar mecanismos e sintomas de forma mais específica (Garcia et al., 2016).

O contexto brasileiro dispõe de peças normativas relevantes, porém ainda fragmentadas. A violência interpessoal integra o sistema de notificação compulsória; o Ministério da Saúde possui protocolos para atenção às mulheres em situação de violência e diretrizes para reabilitação da pessoa com TCE; e a Lei nº 15.516/2026 estabeleceu protocolo intersetorial de atendimento e resposta integrada em situações de violência, incluindo avaliação clínica, acolhimento e preservação de vestígios. Essas iniciativas ampliam a capacidade de resposta, mas não constituem, isoladamente, um protocolo nacional específico para lesão cerebral relacionada à violência doméstica. A literatura internacional também reconhece essa lacuna: há instrumentos promissores, porém ainda não existe consenso

universal sobre ferramenta única, ponto de corte e fluxo assistencial para TCE/IPV (Dams-O'Connor et al., 2023; Astridge Clarke et al., 2024).

Diante desse cenário, a questão norteadora deste artigo é: de que forma a neurobiologia do trauma cerebral associado à violência doméstica, combinada às evidências de subreconhecimento clínico e subnotificação, deve reorganizar a identificação, o encaminhamento e o seguimento de sobreviventes no sistema público de saúde? O objetivo geral é analisar os mecanismos neurobiológicos e as evidências clínicas do TCE e da lesão cerebral adquirida relacionados à violência por parceiro íntimo, articulando-os às lacunas de vigilância e cuidado no SUS. Como objetivos específicos, busca-se distinguir os mecanismos traumáticos e hipóxico-isquêmicos; sintetizar achados cognitivos, comportamentais e de neuroimagem; examinar instrumentos de rastreamento; discutir a interface com saúde mental e com a subnotificação; e propor elementos para um protocolo integrado, trauma-informado e longitudinal.

2. METODOLOGIA

O estudo adota revisão sistematizada qualitativa com síntese narrativa. Essa escolha metodológica decorre da heterogeneidade do campo, que reúne estudos transversais, investigações neuropsicológicas, neuroimagem, pesquisas de desenvolvimento de instrumentos, revisões sistemáticas e integrativas, além de documentos normativos e diretrizes de saúde pública. Não foi executada metanálise e não se apresenta fluxograma PRISMA com contagens artificiais, pois a finalidade desta revisão é integrar

evidências clínicas, neurobiológicas e organizacionais de naturezas distintas, preservando a força e as limitações de cada fonte.

A busca bibliográfica foi realizada em PubMed/MEDLINE e SciELO, com complementação por documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. Foram empregados, em português e inglês, os eixos “intimate partner violence/domestic violence”, “traumatic brain injury/brain injury/concussion”, “non-fatal strangulation/strangulation”, “screening”, “cognition/neuropsychology/neuroimaging”, “underreporting/notification” e “public health”. A atualização final foi realizada em 3 de outubro de 2026. Foram priorizados trabalhos que investigaram diretamente sobreviventes de violência por parceiro íntimo com exposição a trauma craniano ou estrangulamento, estudos de instrumentos específicos de rastreamento e documentos normativos com implicação para organização do cuidado.

A síntese foi organizada em cinco domínios: mecanismos de lesão; manifestações e neurobiologia; evidências empíricas e instrumentos de triagem; barreiras à identificação e notificação; e implicações para protocolos do SUS. Revisões foram usadas para contextualizar o estado da ciência, enquanto estudos primários sustentam as afirmações sobre prevalência, cognição e neuroimagem. Dados de amostras de abrigos, clínicas especializadas ou populações selecionadas não foram generalizados como prevalência populacional. Da mesma forma, associação entre exposição à violência, carga de lesão e desempenho cognitivo não foi tratada como prova de causalidade isolada, considerando a coexistência de trauma psicológico, uso de substâncias, privação de sono, condições socioeconômicas e histórico de lesões não relacionadas à violência.

Para o eixo brasileiro, foram examinadas as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico, os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, a Nota Técnica Conjunta nº 264/2024 sobre atendimento de mulheres em situação de violência, as regras de notificação compulsória do SINAN e a Lei nº 15.516/2026. Esses documentos são analisados em sua função própria: as diretrizes de TCE orientam cuidado e reabilitação em neurotrauma; as normas de violência regulam acolhimento, notificação e rede de proteção. A proposta desenvolvida neste artigo é uma integração conceitual dessas linhas e não deve ser interpretada como protocolo oficial já validado pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1. Delimitação conceitual dos mecanismos de lesão cerebral na violência doméstica

Mecanismo	Processo biológico predominante	Manifestações possíveis	Risco de invisibilidade clínica
Impacto direto na cabeça/face	Transferência de energia, aceleração-desaceleração, possível lesão focal e difusa.	Cefaleia, tontura, amnésia, náusea, fotofobia, lentificação, alteração de equilíbrio.	TCE leve pode ocorrer sem lesão evidente em imagem estrutural de rotina e sem perda de consciência prolongada.
Queda ou impacto secundário	Trauma por choque contra chão, parede, móvel ou outra superfície após empurrão/agressão.	Sintomas de concussão, dor cervical, lesões de face, déficit cognitivo transitório ou persistente.	O evento pode ser registrado como “queda” se o contexto da violência não for investigado.

Estrangulamento não fatal	Hipóxia, isquemia, comprometimento venoso/arterial, possível dissecação vascular e lesão cerebral adquirida.	Alteração de consciência, amnésia, cefaleia, disfonia, disfagia, déficit focal, sintomas cognitivos e emocionais.	Sinais externos podem ser discretos ou ausentes; sobrevivente pode não nomear o evento como estrangulamento.
Lesões repetitivas	Acúmulo de episódios de TCE leve, impactos subconcussivos e/ou hipóxia repetida.	Fadiga, déficit de memória/aprendizagem, disfunção executiva, piora de tolerância sensorial e funcionalidade.	A história episódica fragmentada favorece avaliação de cada atendimento como evento isolado.
Interação neurotrauma-estresse	Convergência de lesão cerebral, eixo do estresse, TEPT, ansiedade, depressão e privação de sono.	Queixas cognitivas, alterações emocionais, sono, dor crônica e dificuldade de autorregulação.	Sintomas podem ser atribuídos exclusivamente a transtornos psiquiátricos ou “estresse”.

Fonte: elaboração própria a partir das fontes analisadas.

3. NEUROBIOLOGIA DO TRAUMA CEREBRAL ASSOCIADO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

3.1. TCE Leve, Forças Biomecânicas e Lesão Secundária

O TCE resulta da transferência de energia mecânica ao encéfalo, podendo combinar aceleração linear, rotação, impacto e deformação tecidual. Em agressões domésticas, o mecanismo raramente é padronizado: socos, chutes, objetos contundentes,

colisão contra superfícies e quedas podem ocorrer na mesma sequência. A gravidade clínica não se resume à presença de fratura ou hemorragia. O TCE leve, frequentemente denominado concussão em determinadas circunstâncias, pode produzir alteração transitória da função cerebral com perda de consciência ausente ou breve, amnésia, confusão, tontura, cefaleia e alteração de equilíbrio. As diretrizes brasileiras de TCE reconhecem que lesões difusas e sequelas cognitivas, linguísticas e comportamentais integram o espectro do trauma e que o cuidado deve abranger reabilitação biopsicossocial, não apenas sobrevivência à fase aguda (Brasil, 2013).

A lesão primária ocorre no momento do trauma, mas a fisiopatologia evolui por cascatas secundárias que podem incluir excitotoxicidade, alterações iônicas, disfunção mitocondrial, estresse oxidativo, neuroinflamação e perturbação da conectividade. Em TCE leve, esses processos podem coexistir com neuroimagem estrutural convencional normal. Isso é particularmente importante para a violência doméstica porque a ausência de achados em tomografia não deve ser confundida com ausência de lesão funcional. Valera e Kucyi (2017) demonstraram associação entre maior gravidade de TCE relacionado à violência por parceiro íntimo e alterações de conectividade funcional entre regiões implicadas em redes de saliência e modo padrão, além de relação com desempenho em memória e aprendizagem.

A repetição acrescenta uma dimensão própria. Muitas sobreviventes não sofrem um único evento claramente delimitado, mas múltiplas agressões ao longo do relacionamento. A carga cumulativa pode ser mais relevante que a caracterização de um atendimento isolado. Em 2026, Makovec Knight et al. observaram que mulheres com mais de seis lesões cerebrais associadas à violência apresentavam

desempenho inferior em aprendizagem verbal e recordação tardia em comparação com outros grupos, e que a relação se manteve após controle de variáveis como idade, funcionamento premórbido, TEPT, depressão, ansiedade, uso de substâncias e outras causas de lesão cerebral. O resultado não transforma um ponto de corte em regra clínica, mas reforça a hipótese de efeito cumulativo.

3.2. Estrangulamento Não Fatal: Hipóxia, Isquemia e Risco Vascular

O estrangulamento não fatal merece atenção diferenciada porque seu mecanismo não é apenas “trauma de pescoço”. A compressão pode comprometer retorno venoso, fluxo arterial, permeabilidade de vias aéreas e oxigenação, produzindo combinações de hipóxia e isquemia cerebral. Dependendo da intensidade e duração, podem ocorrer alteração de consciência, amnésia, convulsões, déficits motores, alterações de fala e, em situações graves, dissecação arterial e acidente vascular cerebral. A revisão sistemática de Bichard et al. (2022) identificou consequências neurológicas e vasculares relevantes, mas também evidenciou forte limitação metodológica: poucos estudos aplicaram avaliação neuropsicológica formal e grande parte da literatura se baseava em relatos e casos clínicos.

Valera et al. (2022) avaliaram a relação entre alterações de consciência associadas a estrangulamento e funcionamento cognitivo/psicológico em mulheres expostas à violência por parceiro íntimo. Após critérios de exclusão para reduzir confundimento, as mulheres com alteração de consciência relacionada ao estrangulamento apresentaram desempenho inferior em memória de longo prazo e, após controle de variáveis, também em memória de trabalho, além de maiores sintomas depressivos e pós-

traumáticos. O estudo é preliminar e transversal, mas sustenta a necessidade de perguntar diretamente sobre perda ou alteração de consciência, lacunas de memória, confusão e sintomas neurológicos após compressão cervical.

A revisão integrativa de Donaldson et al. (2026) reforçou que lesão cerebral adquirida por estrangulamento permanece subdiagnosticada e que protocolos padronizados são insuficientes. Isso é clinicamente relevante porque a aparência externa não corresponde necessariamente à gravidade interna. A ausência de equimose, petéquia ou lesão cervical evidente não exclui comprometimento neurológico. Ao mesmo tempo, nem todo episódio de estrangulamento produz lesão cerebral demonstrável. O papel do protocolo é reconhecer mecanismo de alto risco e organizar avaliação segura, não presumir diagnóstico automático.

O estrangulamento também tem significado prognóstico para a violência. Estudos de letalidade demonstraram associação entre estrangulamento não fatal e risco posterior de homicídio por parceiro íntimo, conectando a avaliação neurológica à avaliação de segurança. Assim, perguntar sobre estrangulamento cumpre dupla função: identificar possível dano hipóxico-isquêmico e reconhecer um marcador de escalada da violência. Essa interseção exige coordenação entre cuidado clínico, saúde mental, serviço social e rede de proteção, sem condicionar o atendimento à formalização de denúncia policial.

3.3. Neuroimagem, Conectividade e Substância Branca

A busca por biomarcadores objetivos responde a uma dificuldade central: sintomas são reais, mas inespecíficos. Estudos de

neuroimagem em sobreviventes de violência por parceiro íntimo sugerem alterações em conectividade funcional, espessura cortical e substância branca, porém as amostras são pequenas e não permitem uso diagnóstico individual. Valera et al. (2019) descreveram correlatos de substância branca em mulheres submetidas a TCE leve por parceiro íntimo, enquanto estudos posteriores observaram diferenças de espessura cortical e conectividade em sobreviventes com histórico de TCE. Esses achados mostram plausibilidade neurobiológica e ajudam a romper a falsa ideia de que queixas cognitivas seriam necessariamente “somáticas” ou exclusivamente emocionais.

Entretanto, a neuroimagem de pesquisa não deve ser convertida em protocolo indiscriminado de rastreamento. A tomografia computadorizada permanece orientada por indicação clínica em trauma agudo; ressonância e métodos avançados têm papel seletivo e de investigação. Mesmo quando exames são normais, o diagnóstico de TCE leve depende do mecanismo, da alteração neurológica aguda e da evolução dos sintomas. A mensagem para o sistema público é de equilíbrio: ampliar suspeição clínica e seguimento, mas evitar a crença de que um exame de imagem isolado confirma ou exclui todo o espectro de lesão cerebral relacionada à violência.

A proposta de “neurobiologia do trauma oculto” é, portanto, mais ampla do que localizar uma lesão em uma imagem. Ela reconhece que mecanismos biomecânicos, hipóxico-isquêmicos, neuroinflamatórios e psicofisiológicos podem coexistir, produzir sintomas sobrepostos e modificar funcionalidade. Garcia et al. (2024), ao discutir mecanismos de alterações neuropsicológicas em mulheres submetidas à violência, propõem modelo no qual TCE,

dano hipóxico-isquêmico, transtornos psicopatológicos, resposta hormonal ao estresse e condições médicas interagem. Esse tipo de modelo é especialmente útil para evitar reducionismos.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E COGNITIVAS: QUANDO O TCE SE CONFUNDE COM O TRAUMA PSICOLÓGICO

4.1. Memória, Aprendizagem e Função Executiva

O comprometimento de memória aparece de forma recorrente na literatura. No estudo de Valera e Berenbaum (2003), maior gravidade de lesão cerebral relacionada ao parceiro associou-se a pior desempenho cognitivo. Raskin et al. (2024), comparando sobreviventes de violência por parceiro íntimo, sobreviventes de violência sexual e controles, identificaram escores inferiores de memória e função executiva no grupo com possível TCE, e parte das diferenças permaneceu após controle de medidas emocionais. Em 2026, Makovec Knight et al. encontraram associação entre carga de lesão cerebral e desempenho inferior em aprendizagem verbal e recordação tardia, especialmente em mulheres com história mais repetitiva de TCE/estrangulamento.

Na prática, déficits de memória e função executiva afetam muito mais do que testes neuropsicológicos. Podem dificultar lembrar datas, organizar documentos, comparecer a consultas, seguir esquemas terapêuticos, planejar saída segura, compreender orientações extensas e narrar eventos de forma linear. Essas dificuldades podem ser interpretadas por serviços policiais, judiciais e até clínicos como inconsistência, desorganização voluntária ou baixa adesão. O risco de revitimização aumenta quando a instituição exige precisamente as funções cognitivas que o trauma pode ter

prejudicado. Protocolos de cuidado devem, portanto, incorporar comunicação simples, repetição de instruções, registro escrito acessível e verificação de compreensão.

É igualmente importante não superatribuir. A memória de sobreviventes pode ser afetada por medo intenso, dissociação, privação de sono, depressão, TEPT e uso de substâncias, além de TCE. O objetivo clínico não é escolher entre “neurológico” e “psicológico”, mas reconhecer que ambos podem coexistir e requerer manejo integrado. O diferencial deve considerar temporalidade dos sintomas, mecanismo, alteração de consciência, amnésia do evento, episódios repetidos e impacto funcional, sempre evitando usar déficit cognitivo como argumento para descredibilizar o relato da violência.

4.2. Função Cognitivo-Motora, Equilíbrio, Cefaleia e Fadiga

Os sintomas pós-traumáticos incluem manifestações somáticas e sensório-motoras que podem comprometer atividades cotidianas. Smirl et al. (2019) observaram, em mulheres de abrigos, relação entre carga de TCE e sintomas de fadiga, sonolência, ansiedade, dificuldade de concentração e memória. Maldonado-Rodriguez et al. (2021), utilizando tarefa robotizada cognitivo-motora, encontraram associação da carga de lesão cerebral com desempenho em alvos e velocidade das mãos, embora TEPT, ansiedade e depressão também contribuíssem. Esses achados reforçam que funcionalidade resulta da interação entre neurotrauma e saúde mental.

Muir et al. (2022) demonstraram a viabilidade de avaliar mulheres poucos dias após estrangulamento relacionado à violência e acompanhá-las por três meses, embora a retenção tenha sido difícil.

Entre as participantes que completaram seguimento, sintomas não haviam se resolvido completamente, enquanto medidas de equilíbrio retornaram a faixas normativas. Embora a amostra fosse muito pequena, o estudo ilustra dois desafios centrais: sintomas podem persistir além do atendimento emergencial, e populações em situação de violência têm barreiras reais para seguimento longitudinal. Um protocolo que termina na alta do pronto-socorro perde parte relevante da trajetória clínica.

Cefaleia, tontura e fadiga são particularmente vulneráveis à banalização. Quando não há imagem aguda anormal, podem receber rótulos inespecíficos ou ser atribuídos a “estresse”. Em contrapartida, a medicalização excessiva também deve ser evitada. O valor do rastreamento está em reconhecer possível neurotrauma e organizar reavaliação, educação sobre sinais de alarme e suporte funcional. A atenção primária pode ter papel decisivo na reavaliação pós-aguda, sobretudo quando a paciente transita repetidamente por urgências diferentes e nenhum serviço possui visão longitudinal.

4.3. Saúde Mental, TEPT e o Problema do Diagnóstico Concorrente

A violência doméstica produz trauma psicológico independentemente de lesão cerebral. TEPT, depressão, ansiedade, dor crônica, distúrbios do sono e uso problemático de substâncias são frequentes, e não devem ser tratados como diagnósticos “alternativos” ao TCE. A revisão de Haag et al. (2023) sobre interseção entre brain injury e saúde mental identificou que muitos estudos encontraram maior carga de sintomas mentais entre sobreviventes com lesão cerebral, porém métodos eram heterogêneos e raramente discutiam implicações para acesso ao cuidado. A

coexistência exige serviços capazes de integrar, e não fragmentar, neurologia e saúde mental.

O problema diagnóstico tem consequências terapêuticas. Uma paciente com déficits de atenção e memória pode ter dificuldade para se beneficiar de psicoterapia baseada em tarefas complexas ou extensas instruções entre sessões; uma intervenção de reabilitação cognitiva pode falhar se ignorar hipervigilância e insegurança atual; medicações sedativas podem piorar fadiga ou equilíbrio; e o retorno a um ambiente onde a violência continua torna qualquer reabilitação instável. Cuidado trauma-informado significa considerar segurança presente, autonomia e contexto social como parte do plano terapêutico.

Callaway e Ch’ang (2025) destacam que desconfiança no sistema de saúde, baixa conscientização entre profissionais e financiamento insuficiente limitam a pesquisa e o cuidado. Esses fatores ajudam a explicar por que o campo apresenta amostras pequenas e retrospectivas. A limitação científica e a limitação assistencial se retroalimentam: quando não se rastreia, há poucos casos documentados; quando há poucos casos documentados, o problema parece raro e não gera protocolo; sem protocolo, continua não sendo rastreado.

Quadro 2. Evidências empíricas selecionadas sobre lesão cerebral associada à violência por parceiro íntimo

Estudo	Amostra/con texto	Método	Achados principais	Limitação interpretati va
Valera; Berenbau	99 mulheres submetidas	Entrevista de lesão,	Quase 3/4 relataram ao	Amostra selecionada;

m (2003)	à violência, em abrigos e fora deles.	neuropsicologia e psicopatologia.	menos uma lesão relacionada ao parceiro; cerca de metade, múltiplas.	estimativa não é prevalência populacional.
Valera; Kucyi (2017)	Mulheres com TCE relacionado à violência.	Entrevista, testes e RM estrutural/funcional.	Gravidade associada a alteração de conectividade e pior memória/aprendizagem.	Estudo mecanístico com amostra relativamente pequena.
Smirl et al. (2019)	18 mulheres em abrigos de alta barreira.	BISA, SCAT5 e escalas de saúde mental.	Carga de TCE relacionada a sintomas cognitivos, fadiga e estados de alerta.	Pequena amostra; forte comorbidade psicológica.
Maldonado-Rodriguez et al. (2021)	Mulheres com histórico de violência e possível BI.	Tarefa cognitivo-motora robotizada e medidas clínicas.	Carga de BI e psicopatologia contribuíram para alterações de desempenho.	Não permite separar completamente mecanismos.
Valera et al. (2022)	52 mulheres em análise de estrangulamento após exclusões.	BISA e testes cognitivos/psicológicos.	Alteração de consciência por estrangulamento associada a pior memória e maior sintomatologia.	Transversal e retrospectivo.

Quiroz Molinares et al. (2023)	70 mulheres de Barranquilla, Colômbia.	BISA e bateria neuropsicológica.	31% com ao menos uma BI; 10% com lesões repetitivas.	Contexto de abrigos/orga nizações; generalizaçã o limitada.
Dams-O'Connor et al. (2023)	142 participante s em estudo de TBI; módulo IPV.	Desenvolvi mento preliminar do BISQ-IPV.	20% das mulheres relataram TBI relacionado à IPV; 34% eventos de cabeça/pesco ço sem alteração de consciência.	Ferramenta ainda requer validação ampliada.
Makovec Knight et al. (2026)	146 mulheres: IPV-BI, IPV sem BI e controles.	Testes neuropsicol ógicos e caracterizaç ão biopsicosso cial.	Carga >6 IPV-BI associada a pior aprendizagem e recordação tardia.	Estudo transversal; não define limiar clínico universal.

Fonte: elaboração própria a partir das fontes analisadas.

5. O DUPLO PROBLEMA DA SUBNOTIFICAÇÃO: VIOLÊNCIA INVISÍVEL E NEUROTRAUMA INVISÍVEL

5.1. Subnotificação da Violência nos Serviços de Saúde

No Brasil, a notificação de violência interpessoal é obrigatória no âmbito da vigilância em saúde, mas a existência da norma não elimina dificuldades de implementação. Kind et al. (2013), em estudo com 270 profissionais da atenção primária de Belo Horizonte, demonstraram que a violência contra mulheres era simultaneamente reconhecida como problema de saúde pública e

mantida em condição de invisibilidade. Entre as barreiras, destacou-se a confusão entre notificação epidemiológica e denúncia policial. Essa distinção permanece fundamental: notificar um agravo ao sistema de saúde tem finalidade sanitária e não deve ser tratado como sinônimo de acionamento criminal automático.

A Nota Técnica Conjunta nº 264/2024 reafirma que os serviços devem dispor da ficha de notificação e que qualquer profissional que tenha realizado o primeiro cuidado e a escuta qualificada pode preenchê-la. A ficha contempla dados sobre tipo de violência, lesões e atendimento. No entanto, a qualidade da informação depende do que foi efetivamente investigado. Se o profissional registra “contusão” ou “agressão física” sem perguntar sobre impacto craniano, alteração de consciência, estrangulamento e sintomas neurológicos, a notificação da violência pode estar correta enquanto a lesão cerebral permanece epidemiologicamente invisível.

A invisibilidade também está relacionada à fragmentação dos pontos de atenção. Uma mesma mulher pode procurar emergência por cefaleia, unidade básica por insônia, CAPS por ansiedade, ortopedia por dor cervical e serviço social por violência. Sem integração do histórico, cada contato revela apenas uma parte do caso. O TCE relacionado à violência exige um modelo longitudinal no qual os serviços reconheçam a possibilidade de episódios repetidos e consigam construir história cumulativa com segurança e confidencialidade.

5.2. O Paradoxo Cabeça/Pescoço: Muitas Agressões, Poucos Diagnósticos Neurológicos

Os dados brasileiros de urgência ilustram o paradoxo. Em estudo com mulheres vítimas de violência doméstica e familiar atendidas em serviços de urgência e emergência, Garcia et al. (2016) encontraram cabeça/pescoço como região corporal atingida em 39,5% dos casos, enquanto TCE/politraumatismo apareceu como natureza principal da lesão em 7,9%. Não é correto inferir que os 31,6 pontos percentuais de diferença representem TCE perdidos, pois muitas lesões de cabeça e pescoço não causam trauma cerebral. Ainda assim, a combinação de alta frequência de agressão nessa região com literatura internacional sobre TCE leve e estrangulamento sustenta a necessidade de investigação específica.

No VIVA Inquérito de 2014, Garcia e Silva (2018) identificaram 506 atendimentos por violência de parceiro íntimo em serviços de urgência e emergência de capitais brasileiras, com predominância de mulheres entre as vítimas. Esses sistemas produzem retrato importante do atendimento, mas não foram desenhados especificamente para caracterizar a carga de neurotrauma por violência. A criação de campos ou rotinas clínicas capazes de documentar mecanismo craniano/cervical, alteração de consciência e sintomas persistentes poderia melhorar tanto assistência quanto vigilância, desde que validada e integrada a fluxos reais.

Há ainda um problema terminológico. “TCE” costuma evocar acidente de trânsito, queda de altura ou trauma grave. Quando a causa é violência doméstica e o exame neurológico inicial é normal, a suspeição diminui. A expressão “lesão cerebral relacionada à violência por parceiro íntimo” pode ser útil para treinamento porque lembra que o dano pode ser traumático, hipóxico-isquêmico ou misto. Para a codificação clínica e epidemiológica, contudo, é

necessário manter precisão diagnóstica e não substituir categorias oficiais por conceitos de pesquisa sem validação.

5.3. Barreiras Produzidas Pelo Próprio Contexto da Violência

A não identificação não depende apenas do profissional. Sobreviventes podem omitir agressões por medo de retaliação, dependência econômica, presença do agressor, risco para filhos, estigma, experiências anteriores de não acolhimento ou simples incapacidade de reconstruir o evento. Déficits de memória e amnésia relacionados ao TCE ou à hipóxia podem reduzir a precisão cronológica justamente quando o sistema exige narrativa linear. O protocolo deve reconhecer que a dificuldade de relatar não invalida o risco; pelo contrário, pode ser sinal clínico que merece exploração cuidadosa.

A privacidade do atendimento é condição clínica. A Lei nº 14.847/2024 e orientações subsequentes do Ministério da Saúde reforçaram atendimento em ambiente privativo e individualizado a mulheres em situação de violência no SUS. Em 2026, a Lei nº 15.516 instituiu protocolo intersetorial de resposta integrada com treinamento periódico e medidas para evitar revitimização. Esses avanços criam uma janela institucional para incorporar perguntas sobre neurotrauma e estrangulamento na avaliação clínica, preservando sigilo, autonomia e segurança.

Barreiras sociais também afetam seguimento. Mudança de residência, entrada em abrigo, restrições de transporte, cuidado de crianças, ausência ao trabalho e vigilância pelo agressor podem impedir retorno. Por isso, modelos rígidos de “não compareceu, alta” são inadequados. A rede deve oferecer múltiplos pontos de

reentrada, registro clínico acessível entre níveis assistenciais dentro das regras de proteção de dados e estratégias de contato que não exponham a sobrevivente a risco. A segurança da comunicação é parte do cuidado neurológico.

6. RASTREAMENTO E AVALIAÇÃO: O QUE AS FERRAMENTAS PODEM E NÃO PODEM FAZER

6.1. Instrumentos Disponíveis

A triagem é uma das áreas de maior desenvolvimento recente. Astridge Clarke et al. (2024) revisaram ferramentas utilizadas para lesão cerebral relacionada à violência por parceiro íntimo, incluindo Brain Injury Severity Assessment (BISA), Brain Injury Screening Questionnaire–IPV (BISQ-IPV), Brain Injury Assessment Tool for Intimate Partner Violence (BAT-L/IPV), Ohio State University TBI Identification Method, HELPS e CHATS, entre outras. A diversidade mostra avanço, mas também ausência de padrão único. Ferramentas variam em comprimento, contexto de uso, treinamento exigido, investigação de estrangulamento e capacidade de caracterizar repetição.

O BISQ-IPV é exemplo de desenvolvimento centrado no contexto. Dams-O'Connor et al. (2023) construíram módulo de sete itens a partir de instrumentos existentes e de feedback de stakeholders, usando pistas contextuais como empurrão, sacudida e estrangulamento para favorecer recordação e reduzir a dependência da pessoa nomear o evento como “TCE”. Essa estratégia é conceitualmente importante: muitas sobreviventes não sabem o que significa concussão ou não consideram agressão como causa de

lesão cerebral. Perguntar pelo mecanismo pode ser mais sensível que perguntar pelo diagnóstico.

O HELPS, por sua vez, é usado em diferentes contextos para identificar possível TCE, mas não foi originalmente desenvolvido especificamente para violência doméstica. Raskin et al. (2024) o utilizaram em pesquisa com sobreviventes e observaram alta frequência de triagens positivas. O valor de um instrumento geral está em sua familiaridade e simplicidade; o limite é poder não capturar adequadamente estrangulamento e contexto coercitivo. Ferramentas específicas, por outro lado, podem ser mais sensíveis ao contexto, porém ainda carecem de validação intercultural e linguística para uso em diferentes sistemas.

6.2. Rastreamento Não é Diagnóstico

Um resultado positivo de rastreamento não equivale a diagnóstico de TCE, nem indica automaticamente neuroimagem. A função da triagem é aumentar a probabilidade de que pessoas expostas a mecanismo relevante recebam avaliação clínica apropriada. Isso é crucial para o SUS porque a adoção de um checklist simples sem retaguarda pode criar falso senso de solução. Um protocolo efetivo precisa especificar o que acontece após a triagem: quem avalia, quais sinais exigem emergência, quando há necessidade de neurologia, como se acessa reabilitação e como se acompanha evolução.

Também não é adequado importar instrumento estrangeiro sem adaptação transcultural. Termos como “choking”, “blacked out”, “concussion” e “alteration of consciousness” possuem equivalentes linguísticos que podem ser compreendidos de modo distinto. No

Brasil, perguntas devem ser testadas com sobreviventes e profissionais, considerando diversidade regional, escolaridade, linguagem popular e violência em relações heterossexuais e LGBTQIA+. A validação precisa incluir propriedades psicométricas e segurança de aplicação.

Outro limite é o risco de triagem baseada apenas em sintomas atuais. Sobreviventes podem apresentar sintomas crônicos de múltiplos episódios e não recordar qual evento os originou. Por isso, ferramentas que constroem histórico de vida e identificam repetição têm vantagem para caracterizar carga de lesão, embora sejam mais demoradas. Em emergência, uma versão breve pode ser necessária; em atenção primária ou reabilitação, avaliação mais detalhada pode complementar. Um sistema maduro trabalha em camadas, não exige que uma única ferramenta resolva todas as necessidades.

Quadro 3. Ferramentas de rastreamento/avaliação citadas na literatura de IPV-BI

Ferramenta	Foco	Potencial utilidade	Limites relevantes para o SUS
BISA	Carga e gravidade de lesão cerebral em contexto de IPV.	História de eventos, repetição e sintomas; amplamente usada em pesquisa IPV-BI.	Necessita treinamento e adaptação/validação local antes de uso assistencial rotineiro.
BISQ-IPV	Módulo breve de lesões de cabeça/pescoço relacionadas à violência.	Perguntas contextuais e construção com participação de stakeholders.	Utilidade preliminar; validação ampliada e tradução cultural são necessárias.

BAT-L/IPV	História de TBI ao longo da vida com módulo específico para IPV.	Caracterização detalhada e diferenciação de etiologias.	Mais extenso; pode ser impraticável em emergência sem versão adaptada.
HELPS	Triagem geral de possível TCE.	Breve, conhecida em serviços e pesquisas.	Não foi criada especificamente para IPV; pode subcaptar estrangulamento e coerção.
OSU TBI-ID	Identificação de TCE ao longo da vida.	Boa estrutura para repetição e histórico.	Não substitui investigação específica de violência e estrangulamento.
CHATS	Questões contextuais sobre cabeça, estrangulamento e sintomas.	Linguagem orientada a mecanismos de violência.	Base de validação ainda limitada; uso depende do contexto.

Fonte: elaboração própria com base em Dams-O'Connor et al. (2023) e Astridge Clarke et al. (2024).

7. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO: PEÇAS EXISTENTES E LACUNAS DE INTEGRAÇÃO

7.1. Urgência e Emergência

A urgência é ponto crítico porque concentra eventos agudos, mas também é ambiente de alta pressão e curta permanência. As Diretrizes de TCE do Ministério da Saúde orientam avaliação inicial, prevenção de lesões secundárias e reabilitação, enquanto protocolos de violência orientam acolhimento e notificação. A lacuna está na

interseção. Em uma mulher agredida, o fluxo de trauma pode avaliar Glasgow, pupilas e indicação de tomografia, mas não reconstruir episódios anteriores; o fluxo de violência pode acolher e encaminhar, mas não caracterizar sintomas de concussão ou hipóxia. Um protocolo integrado deve combinar ambos sem duplicar entrevistas potencialmente revitimizantes.

A avaliação aguda deve priorizar segurança vital e sinais de alarme neurológico. O presente artigo não propõe critérios próprios de imagem ou condutas emergenciais, que devem seguir diretrizes clínicas vigentes e julgamento médico. O que se propõe é que o mecanismo de violência seja incorporado à anamnese neurológica: golpes na cabeça, queda, sacudida, estrangulamento, alteração de consciência, amnésia, convulsão, déficit focal e repetição de episódios. Em casos de estrangulamento, sinais de via aérea, vascular e neurológico devem receber atenção proporcional ao mecanismo, mesmo quando marcas externas são mínimas.

A documentação é parte da assistência. Descrever mecanismo, localização de lesões, sintomas neurológicos e história de alteração de consciência melhora continuidade clínica e pode ter valor médico-legal, desde que realizada com linguagem objetiva. A nova legislação intersetorial de 2026 reforça preservação de vestígios e prioridade de atendimento em situações de violência. A integração com neurotrauma deve evitar transformar o serviço de saúde em extensão da investigação policial: a finalidade primária continua sendo cuidado, autonomia e segurança da paciente.

7.2. Atenção Primária Como Coordenadora do Seguimento

A atenção primária é o nível com maior potencial de reconhecer o padrão longitudinal. Mulheres com TCE leve podem receber alta da emergência e permanecer com cefaleia, fadiga, insônia, tontura e déficit cognitivo por semanas ou meses. A UBS pode revisar sintomas, identificar perda funcional, verificar segurança, coordenar saúde mental e encaminhar para reabilitação ou neurologia. Também pode reconhecer novos episódios, transformando uma sequência de eventos isolados em história cumulativa.

Para isso, profissionais precisam ser treinados para perguntar de forma segura sobre violência e lesão cerebral. A OMS recomenda que o cuidado à violência por parceiro íntimo seja integrado a serviços de saúde existentes, com primeira resposta centrada na mulher e suporte emocional, físico, de segurança e continuidade. A lógica é compatível com o SUS: o rastreamento de neurotrauma não precisa criar serviço paralelo, mas qualificar linhas existentes. A criação de referência técnica regional em IPV-BI pode apoiar casos complexos e educação permanente.

A atenção primária também pode reduzir barreiras de reabilitação por meio de matriciamento, teleconsultoria clínica segura e articulação com Centros Especializados em Reabilitação quando disponíveis. O desafio é evitar que a falta de um neurologista em cada município paralise o cuidado. Protocolos de estratificação podem permitir que casos estáveis sejam acompanhados longitudinalmente na APS, enquanto sinais persistentes ou graves acionam atenção especializada. Essa organização deve ser testada em estudos de implementação antes de expansão nacional.

7.3. Reabilitação, Neuropsicologia e Funcionalidade

O TCE relacionado à violência pode comprometer cognição, equilíbrio, tolerância a estímulos, sono e capacidade laboral. Reabilitação não deve ser reservada a lesões moderadas e graves. As diretrizes brasileiras de TCE já adotam abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, o que oferece base para incorporar sobreviventes com TCE leve persistente. Fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, neuropsicologia, enfermagem, medicina e serviço social podem atuar conforme déficit e contexto.

A reabilitação precisa ser adaptada ao risco de violência continuada. Recomendações para repouso, redução de estímulos, comparecimento a sessões ou realização de exercícios podem ser inviáveis em ambiente domiciliar controlado pelo agressor. A equipe deve perguntar sobre condições reais de segurança e ajustar plano. Da mesma forma, dificuldades cognitivas podem prejudicar adesão a medidas protetivas, benefícios sociais e processos judiciais. A funcionalidade deve ser entendida em seu ambiente, não apenas como desempenho em testes.

A neuropsicologia tem papel especial no esclarecimento de déficits persistentes e no planejamento de estratégias compensatórias, mas acesso é desigual. Isso reforça a importância de instrumentos breves e treinamento de equipes gerais para reconhecer quando avaliação especializada é necessária. A resposta pública não pode depender exclusivamente de centros terciários, sob pena de reproduzir invisibilidade em municípios menores e áreas rurais.

Quadro 4. Integração possível entre linhas já existentes no SUS e necessidades de IPV-BI/TCE

Ponto da rede	Capacidade já existente	Lacuna específica	Integração proposta
SAMU/urgência/emergência	Estabilização, avaliação de trauma, acesso a imagem e especialidades.	Mecanismo de IPV e repetição podem não ser investigados sistematicamente.	Perguntas dirigidas sobre cabeça/pescoço, estrangulamento, alteração de consciência e episódios prévios.
Atenção Primária	Longitudinalidade, vínculo, notificação, saúde da mulher e coordenação do cuidado.	Sintomas podem ser fragmentados entre queixas somáticas e saúde mental.	Rastreamento em camadas, reavaliação funcional e coordenação de referências.
RAPS/saúde mental	Cuidado de TEPT, depressão, ansiedade, risco suicida e uso de substâncias.	Risco de atribuir déficit cognitivo exclusivamente ao sofrimento psíquico.	Triagem de histórico de TCE/estrangulamento quando houver mecanismo ou sintomas compatíveis.
Reabilitação /CER	Equipe multiprofissional e enfoque em funcionalidade.	TCE leve relacionado à violência pode não chegar ao serviço.	Critérios de encaminhamento para sintomas persistentes e prejuízo funcional.
Vigilância/SINAN	Notificação compulsória de violência interpessoal e produção epidemiológica.	Neurotrauma pode ficar invisível se mecanismo/sintoma não for documentado.	Qualificação do registro e estudos de linkage com dados de trauma e internação.

Rede intersetorial	Assistência social, proteção, justiça e segurança.	Fluxos podem exigir múltiplas narrativas e gerar revitimização.	Compartilhamento mínimo necessário, consentimento quando aplicável e coordenação centrada na sobrevivente.
--------------------	--	---	--

Fonte: elaboração própria a partir das fontes analisadas.

8. PROPOSTA DE MATRIZ VIGIA-TCE: ELEMENTOS PARA NOVOS PROTOCOLOS

8.1. Princípios

A Matriz Integrada de Vigilância Neurotraumática na Violência Doméstica (VIGIA-TCE) é uma proposta conceitual derivada da literatura e das linhas de cuidado existentes. Não é instrumento validado e não substitui protocolos oficiais. Seu objetivo é explicitar componentes que deveriam ser avaliados em estudos de implementação no SUS. O primeiro princípio é segurança: perguntas sobre violência e lesão devem ocorrer em ambiente privado, sem acompanhante potencialmente agressor e com avaliação do risco de comunicação posterior. O segundo é trauma-informado: evitar culpabilização, repetição desnecessária do relato e linguagem que exija prova imediata para oferecer cuidado.

O terceiro princípio é investigação por mecanismos, não por rótulos. Perguntas como “você teve concussão?” são menos informativas do que investigar se a cabeça foi atingida, se houve queda, se alguém apertou o pescoço, se ocorreu apagamento, confusão ou perda de memória. O quarto é longitudinalidade: episódios prévios importam e a carga cumulativa deve ser registrada. O quinto é integração:

sintomas neurológicos e psicológicos podem coexistir e requerem plano único, não encaminhamentos que se ignoram mutuamente.

O sexto princípio é proporcionalidade diagnóstica. Nem toda sobrevivente necessita neuroimagem ou neurologista; nem todo sintoma é TCE. O protocolo deve aumentar detecção sem gerar sobrediagnóstico. O sétimo é capacidade de ação: rastrear sem oferecer encaminhamento, reabilitação ou retorno programado pode gerar informação sem benefício clínico. Por fim, a vigilância deve produzir dados agregados para planejamento sem comprometer privacidade e segurança individual.

8.2. Etapas Assistenciais Propostas

Na porta de entrada, a primeira etapa seria acolhimento e privacidade. Confirmada ou suspeitada violência física, a equipe faria investigação breve de mecanismos de cabeça e pescoço e estrangulamento. Se houver sinais de alarme neurológico, alteração de via aérea, déficit focal, convulsão, rebaixamento de consciência ou outras situações graves, a prioridade é o fluxo emergencial conforme diretrizes vigentes. Em pacientes clinicamente estáveis, uma ferramenta breve adaptada e validada poderia identificar necessidade de avaliação ampliada.

A avaliação ampliada deveria registrar número aproximado de episódios, evento mais grave, evento mais recente, alteração de consciência, amnésia, estrangulamento, sintomas atuais e impacto funcional. O registro deve distinguir o que é relato da paciente, achado do exame e inferência clínica. A classificação final não deve ser produzida automaticamente por um escore. Profissionais devem considerar diagnósticos diferenciais e comorbidades, incluindo TEPT,

depressão, intoxicação, anemia, distúrbios metabólicos, cefaleias primárias e outras causas de déficit cognitivo.

Após alta, o protocolo deve garantir ponto de retorno. Sobreviventes com sintomas persistentes necessitam reavaliação e, conforme necessidade, encaminhamento para neurologia, reabilitação, neuropsicologia, otoneurologia, fonoaudiologia ou outras especialidades. A rede de saúde mental deve ser articulada desde o início quando houver sofrimento significativo. A notificação da violência deve seguir normas do SINAN e ser explicada de forma clara, diferenciando-a de denúncia policial. A rede intersetorial deve ser acionada conforme necessidades e direitos da sobrevivente.

O componente de vigilância precisa permitir avaliar se o protocolo realmente melhora desfechos. Indicadores possíveis incluem proporção de mulheres com violência física em cabeça/pescoço que receberam perguntas sobre alteração de consciência/estrangulamento; proporção de triagens positivas com reavaliação; tempo até acesso à reabilitação; persistência de sintomas; retorno a urgências; e completude da notificação. Indicadores de segurança devem monitorar revitimização, quebra de confidencialidade e perdas de seguimento. Sem avaliação, um protocolo pode existir no papel e falhar na prática.

Quadro 5. Matriz VIGIA-TCE: proposta conceitual para avaliação e continuidade do cuidado

Etapas	Pergunta operacional	Ação assistencial esperada	Salvaguarda
1. Privacidade	A conversa ocorre sem pessoa	Escuta qualificada,	Não condicionar cuidado a

e acolhimento	potencialmente agressora e em condições seguras?	explicação do cuidado e avaliação de segurança imediata.	boletim de ocorrência ou revelação completa.
2. Mecanismos	Houve golpe na cabeça, queda, sacudida, impacto ou compressão do pescoço?	Registrar mecanismo e temporalidade.	Usar linguagem clara, sem exigir que a paciente nomeie “concussão”.
3. Alteração neurológica	Houve apagamento, confusão, amnésia, convulsão, déficit focal ou sintomas persistentes?	Aplicar fluxo clínico de TCE/estrangulamento e sinais de alarme.	Triagem não substitui exame médico nem critérios vigentes de imagem.
4. Carga cumulativa	Ocorreram episódios anteriores semelhantes?	Construir história longitudinal de lesões e funcionalidade.	Evitar repetição desnecessária e revitimização na entrevista.
5. Comorbidades	Há TEPT, depressão, ansiedade, distúrbio do sono, dor ou uso de substâncias?	Plano integrado entre neurologia, APS, saúde mental e reabilitação.	Não atribuir todo sintoma a um único diagnóstico.
6. Seguimento	Existe ponto seguro de retorno e referência definida?	Reavaliação, reabilitação e suporte intersetorial conforme necessidade.	Contato deve respeitar risco de vigilância pelo agressor.
7. Vigilância	A violência e as lesões foram adequadamente documentadas e notificadas?	SINAN, registro clínico e indicadores de qualidade.	Diferenciar notificação sanitária de denúncia policial.

Fonte: elaboração própria a partir das fontes analisadas.

8.3. Capacitação e Implementação

A introdução de um protocolo exige capacitação multiprofissional. Médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, agentes comunitários e equipes de vigilância precisam compreender mecanismos básicos de TCE e estrangulamento, assim como princípios de violência de gênero e cuidado trauma-informado. Treinamento deve incluir simulações de entrevista, documentação objetiva, diferenciação entre notificação e denúncia e fluxos locais. A OMS recomenda formação de profissionais para primeira resposta à violência; o componente de neurotrauma deve ser incorporado a esse currículo, não criado como módulo isolado.

A implementação deve ser gradual e avaliada. Unidades-piloto em emergência, APS e serviços de referência para violência podem testar aceitabilidade, tempo de aplicação, taxa de detecção, encaminhamentos e efeitos adversos. Ferramentas de rastreamento precisam passar por adaptação transcultural e validação no Brasil antes de se tornarem rotina. Estudos também devem incluir mulheres negras, indígenas, rurais, pessoas trans e outras populações frequentemente sub-representadas na literatura internacional.

Tecnologia pode apoiar continuidade, mas exige cautela. Prontuários eletrônicos poderiam incorporar alertas discretos para histórico de trauma craniano relacionado à violência, desde que o acesso seja protegido e não exponha a paciente. Links entre bases de violência, trauma e reabilitação podem melhorar epidemiologia

em nível agregado, mas precisam obedecer princípios de finalidade, minimização e segurança. A sensibilidade do dado torna inadequado qualquer desenho que maximize compartilhamento em detrimento de proteção.

9. DISCUSSÃO

A literatura examinada sustenta três conclusões centrais. Primeiro, há plausibilidade biológica e evidência empírica suficiente para tratar lesão cerebral relacionada à violência por parceiro íntimo como problema real de saúde, e não como hipótese periférica. Estudos de prevalência em amostras selecionadas, neuropsicologia, neuroimagem e função cognitivo-motora convergem para associação entre exposição a impactos/estrangulamento e alterações neurológicas. Segundo, a magnitude populacional permanece incerta porque estudos usam amostras de conveniência, instrumentos diferentes e definições não padronizadas. Terceiro, a maior lacuna deixou de ser apenas “provar que existe” e passou a ser desenvolver rotinas seguras, válidas e implementáveis para detecção e cuidado.

Essa mudança de foco é importante para sistemas públicos. A revisão de Astridge Clarke et al. (2024) mostra que já existem múltiplas ferramentas, mas nenhuma resolve isoladamente todos os cenários. O desafio do SUS não é escolher imediatamente “o melhor questionário”, e sim definir uma arquitetura de cuidado. Emergência precisa de triagem breve e sinais de alarme; APS precisa de história longitudinal; reabilitação precisa de avaliação funcional; vigilância precisa de dados padronizados; saúde mental precisa reconhecer comorbidade neurológica. Ferramentas devem servir ao fluxo e não o contrário.

O Brasil possui vantagens institucionais para avançar. O SUS combina universalidade, atenção primária, rede de urgência, vigilância epidemiológica e serviços de reabilitação. A notificação compulsória da violência cria infraestrutura para monitoramento, e a política de saúde da mulher oferece espaço para qualificação da escuta. A Lei nº 15.516/2026 amplia o marco intersectorial e reforça treinamento periódico e resposta integrada. A oportunidade está em conectar essas estruturas a uma linha neurotraumática específica, evitando criar uma nova rede paralela.

A principal dificuldade é que o TCE associado à violência desafia categorias tradicionais. Em acidentes, costuma haver evento único, mecanismo conhecido e testemunhas. Na violência doméstica, pode haver repetição, segredo, alteração da narrativa por medo, amnésia ou dependência, e coexistência de estrangulamento. A avaliação precisa ser menos dependente de um “momento zero” perfeitamente documentado. Isso não significa relaxar critérios diagnósticos, mas reconhecer que a história clínica deve capturar exposição cumulativa e consequências funcionais.

A neurobiologia também modifica a interpretação institucional do comportamento da sobrevivente. Desorganização, esquecimento, aparente inconsistência, irritabilidade e dificuldade de seguir orientações podem ser compreendidos como possíveis efeitos de uma interação entre TCE, hipóxia e trauma psicológico. Essa perspectiva não deve ser usada para patologizar toda sobrevivente, mas para reduzir julgamentos morais e adaptar comunicação. Serviços de justiça e proteção também se beneficiariam de treinamento básico sobre neurotrauma, porque decisões podem ser tomadas com base na forma como a pessoa narra eventos.

Há risco, contudo, de neurocentrismo. A violência é fenômeno social, de gênero e poder; identificar lesão cerebral não deve deslocar a atenção das condições que mantêm a violência. Um protocolo neurológico que diagnostica TCE e devolve a paciente ao mesmo ambiente sem suporte de segurança fracassa. Da mesma forma, um sistema que se concentra exclusivamente em medidas protetivas e ignora sintomas neurológicos deixa sequelas sem tratamento. A resposta adequada é integrada.

Outro risco é transformar rastreamento em obrigação indiscriminada sem evidência de benefício. A OMS historicamente adota cautela com rastreamento universal de violência em todos os contextos, priorizando identificação clínica e primeira resposta segura. Para IPV-BI, a evidência ainda não estabelece que toda mulher em qualquer serviço deva preencher ferramenta específica. Uma estratégia mais defensável é rastreamento dirigido em contextos de violência física, agressão a cabeça/pescoço, estrangulamento, sintomas compatíveis ou histórico conhecido de IPV, com protocolos-piloto e avaliação de resultados.

A pesquisa futura no Brasil deve responder a perguntas de implementação e equidade. Qual a prevalência de TCE e lesão hipóxico-isquêmica entre mulheres atendidas no SUS por violência de parceiro íntimo? Quais perguntas são mais sensíveis e aceitáveis em português? Qual instrumento apresenta melhor validade em emergência e APS? Quais sintomas predizem necessidade de reabilitação? Como raça, território, ruralidade, deficiência e condição socioeconômica influenciam acesso? Qual é o impacto de um protocolo sobre retorno a urgências, funcionalidade, segurança e qualidade de vida? Sem essas respostas, recomendações nacionais devem ser graduais e transparentes.

Quadro 6. Agenda de pesquisa e implementação para o SUS

Prioridade	Pergunta de pesquisa	Desenho recomendado	Resultado esperado
Epidemiologia	Qual a frequência de TCE/IPV e estrangulamento nos diferentes pontos do SUS?	Estudos multicêntricos com instrumento padronizado e linkage seguro de bases.	Estimativas nacionais e regionais mais confiáveis.
Validação	Quais ferramentas funcionam em português e em diferentes perfis sociais?	Adaptação transcultural, validação psicométrica e testes de aceitabilidade.	Triagem segura e reproduzível.
Implementação	Qual fluxo é viável em emergência e APS?	Estudos pragmáticos/pilotos com avaliação de tempo, adesão e segurança.	Protocolo operacional e sustentável.
Desfechos	O rastreamento melhora funcionalidade e acesso a reabilitação?	Coortes prospectivas e estudos de implementação comparativos.	Evidência de benefício clínico, não apenas aumento de detecção.
Equidade	Quais grupos ficam subdetectados ou perdem seguimento?	Análises estratificadas por raça/cor, território, deficiência, gênero e condição social.	Redução de desigualdades.
Formação	Treinamento modifica prática profissional e qualidade da notificação?	Avaliação pré/pós com auditoria de prontuários e indicadores.	Educação permanente baseada em resultados.

Fonte: elaboração própria a partir das fontes analisadas.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A neurobiologia do trauma oculto obriga a ampliar a compreensão da violência doméstica como problema de saúde. Golpes na cabeça, quedas induzidas e estrangulamento não fatal podem produzir TCE leve, lesão cerebral repetitiva e dano hipóxico-isquêmico, com repercussões que atravessam memória, aprendizagem, funções executivas, equilíbrio, sono, humor e capacidade de organizar a própria vida. A ausência de fratura, de hemorragia ou de perda prolongada de consciência não exclui o problema. Ao mesmo tempo, sintomas não são específicos e frequentemente coexistem com TEPT, ansiedade, depressão, dor e privação de sono. A prática clínica precisa abandonar a oposição simplificadora entre “neurológico” e “psicológico” e adotar leitura integrada.

As evidências disponíveis demonstram que a lesão cerebral relacionada à violência por parceiro íntimo é suficientemente frequente e relevante para justificar suspeição clínica sistemática em cenários de risco, mas ainda não permitem estimativa populacional única. Estudos variam quanto a amostra, mecanismo, instrumento e definição. Revisões recentes deixam claro que há uma “pandemia oculta” de detecção deficiente, mas também alertam para limitações das ferramentas. O caminho responsável não é declarar que toda agressão de cabeça produz TCE, e sim criar condições para que mecanismos de risco sejam perguntados, sintomas sejam contextualizados e casos positivos recebam avaliação apropriada.

No Brasil, a subnotificação possui dupla face. Parte da violência nunca é registrada pelos serviços; em outra parcela, a violência é

reconhecida, mas o neurotrauma permanece sem caracterização. A literatura nacional sobre atenção primária mostra como a invisibilidade pode ser produzida por desconhecimento e pela confusão entre notificação e denúncia. Dados de urgência mostram que cabeça e pescoço são regiões frequentemente atingidas, o que reforça a oportunidade de qualificar investigação clínica. Melhorar registro não é apenas produzir estatística: é criar memória institucional capaz de revelar repetição e orientar cuidado.

O SUS já dispõe de elementos necessários para uma resposta mais robusta: atenção primária com longitudinalidade, rede de urgência, diretrizes de TCE, saúde mental, reabilitação, saúde da mulher e vigilância epidemiológica. A lacuna é a conexão. Um novo protocolo não deve criar circuito paralelo, mas inserir perguntas e decisões específicas nos fluxos existentes. A Matriz VIGIA-TCE proposta neste artigo organiza essa integração em privacidade, mecanismos, alteração neurológica, carga cumulativa, comorbidades, seguimento e vigilância. Antes de adoção nacional, seus componentes precisam ser testados e validados em estudos brasileiros.

A incorporação do estrangulamento não fatal é particularmente urgente. A evidência demonstra que pode produzir alterações de consciência, comprometimento cognitivo e complicações vasculares, mesmo sem marcas externas importantes. Além de risco neurológico, trata-se de marcador de violência grave. Por isso, compressão cervical não pode ser documentada apenas como “agressão física”. Serviços precisam reconhecer a combinação de urgência clínica, risco futuro e necessidade de seguimento, sempre preservando autonomia e segurança da sobrevivente.

A reabilitação deve ocupar lugar central. Sobreviver ao evento agudo não significa recuperar funcionalidade. Dificuldades cognitivas e fadiga podem comprometer trabalho, cuidado de filhos, comparecimento a audiências, adesão a tratamento e capacidade de executar um plano de segurança. A resposta pública precisa incluir estratégias compensatórias, reabilitação cognitiva quando indicada, saúde mental e suporte social. O objetivo não é apenas diagnosticar uma lesão, mas restaurar autonomia.

Também é necessário reconhecer os limites da medicalização. Violência doméstica é produzida por relações de poder, desigualdades e controle coercitivo; um diagnóstico neurológico não pode substituir políticas de prevenção e proteção. A neurociência agrega uma dimensão frequentemente negligenciada, mas não redefine a violência como doença individual. O cuidado de excelência conecta cérebro, corpo, contexto e direitos.

Por fim, a urgência de novos protocolos decorre menos de uma promessa tecnológica e mais de uma falha de integração. A ciência já forneceu evidência suficiente para que agressões à cabeça e estrangulamento deixem de ser perguntas opcionais em contextos de violência física. O próximo passo é construir, validar e avaliar fluxos que funcionem no mundo real do SUS: breves na porta de entrada, aprofundados quando necessário, seguros para a sobrevivente, articulados com reabilitação e capazes de produzir dados de qualidade. Tornar visível o trauma cerebral significa reconhecer que a memória falha, a atenção oscila e a narrativa pode se fragmentar não porque a violência seja menos real, mas porque o próprio cérebro pode ter sido uma de suas vítimas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, C. A.; ARCINIEGAS, D. B. Cognitive sequelae of hypoxic-ischemic brain injury: a review. *NeuroRehabilitation*, v. 26, n. 1, p. 47-63, 2010. DOI: 10.3233/NRE-2010-0535.

ASTRIDGE CLARKE, A. D. et al. Detecting a hidden pandemic: the current state and future direction of screening and assessment tools for intimate partner violence-related brain injury. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 167, 105912, 2024. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2024.105912.

BICHARD, H.; BYRNE, C.; SAVILLE, C. W. N.; COETZER, R. The neuropsychological outcomes of non-fatal strangulation in domestic and sexual violence: a systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*, v. 32, n. 6, p. 1164-1192, 2022. DOI: 10.1080/09602011.2020.1868537.

BRASIL. Lei nº 15.516, de 23 de setembro de 2026. Institui o Protocolo Intersetorial de Atendimento e Resposta Integrada em Situações de Violência e altera a Lei nº 12.845/2013. Brasília, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 264/2024 – CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPROS/SAPS/MS. Orientações sobre atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado no SUS. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CALLAWAY, C. C. M.; CH'ANG, J. H. Traumatic brain injury in intimate partner violence. *Current Pain and Headache Reports*, v. 29, n. 1, art. 6, 2025. DOI: 10.1007/s11916-024-01324-5.

CORRIGAN, J. D.; WOLFE, M.; MYSIW, W. J.; JACKSON, R. D.; BOGNER, J. A. Early identification of mild traumatic brain injury in female victims of domestic violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 188, n. 5 suppl., p. S71-S76, 2003. DOI: 10.1067/mob.2003.404.

DAMS-O'CONNOR, K. et al. Screening for brain injury sustained in the context of intimate partner violence (IPV): measure development and preliminary utility of the Brain Injury Screening Questionnaire IPV Module. *Journal of Neurotrauma*, v. 40, n. 19-20, p. 2087-2099, 2023. DOI: 10.1089/neu.2022.0357.

DONALDSON, A. et al. Silent trauma: implications of non-fatal strangulation-acquired brain injury – an integrative review. *Neuropsychology Review*, 2026. DOI: 10.1007/s11065-026-09712-x.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. C.; FREITAS, L. R. S.; SILVA, G. D. M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, e00011415, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00011415.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, e00062317, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00062317.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00096312.

KWAKO, L. E.; GLASS, N.; CAMPBELL, J.; MELVIN, K. C.; BARR, T.; GILL, J. M. Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 12, n. 3, p. 115-126, 2011. DOI: 10.1177/1524838011404251.

MAKOVEC KNIGHT, J. et al. Brain injury within intimate partner violence: what are the cognitive effects? *Journal of Neurotrauma*, v. 43, n. 3-4, p. 269-279, 2026. DOI: 10.1177/08977151251388070.

MALDONADO-RODRIGUEZ, N. et al. Characterization of cognitive-motor function in women who have experienced intimate partner violence-related brain injury. *Journal of Neurotrauma*, v. 38, n. 19, p. 2723-2730, 2021. DOI: 10.1089/neu.2021.0042.

MUIR, K. J. et al. Neuropsychological and balance symptoms of abused women who have experienced intimate partner violence-related strangulation: a feasibility and acceptability study. *Neurotrauma Reports*, 2022. DOI: 10.1089/neur.2022.0047.

QUIROZ MOLINARES, N.; NAVARRO SEGURA, M. C.; DE LOS REYES-ARAGÓN, C. J.; JOSEPH, A.-L. C.; VANGEL, M.; VALERA, E. M. Intimate partner violence-related brain injury among Colombian women. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, v. 38, n. 2, p. E118-E125, 2023. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000793.

RASKIN, S. A. et al. Traumatic brain injury screening and neuropsychological functioning in women who experience intimate

partner violence. *The Clinical Neuropsychologist*, v. 38, n. 2, p. 354-376, 2024. DOI: 10.1080/13854046.2023.2215489.

SMIRL, J. D.; JONES, K. E.; COPELAND, P.; KHATRA, O.; TAYLOR, E. H.; VAN DONKELAAR, P. Characterizing symptoms of traumatic brain injury in survivors of intimate partner violence. *Brain Injury*, v. 33, n. 12, p. 1529-1538, 2019. DOI: 10.1080/02699052.2019.1658129.

VALERA, E. M. et al. White matter correlates of mild traumatic brain injuries in women subjected to intimate-partner violence: a preliminary study. *Journal of Neurotrauma*, v. 36, n. 5, p. 661-668, 2019. DOI: 10.1089/neu.2018.5734.

VALERA, E. M.; BERENBAUM, H. Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 71, n. 4, p. 797-804, 2003. DOI: 10.1037/0022-006X.71.4.797.

VALERA, E. M.; DAUGHERTY, J. C.; SCOTT, O. C.; BERENBAUM, H. Strangulation as an acquired brain injury in intimate-partner violence and its relationship to cognitive and psychological functioning: a preliminary study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, v. 37, n. 1, p. 15-23, 2022. DOI: 10.1097/HTR.0000000000000755.

VALERA, E. M.; KUCYI, A. Brain injury in women experiencing intimate partner-violence: neural mechanistic evidence of an “invisible” trauma. *Brain Imaging and Behavior*, v. 11, n. 6, p. 1664-1677, 2017. DOI: 10.1007/s11682-016-9643-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO, 2013.

¹ Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus, Amazonas, Brasil. Mestrando. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7570-553X>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7119459369582263>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus, Amazonas, Brasil. Mestranda. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4567-2719>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8273109846633134>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

³ Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus, Amazonas, Brasil. Mestranda. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0438-1381>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8596584203898728>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁴ Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Manaus, Amazonas, Brasil. Mestranda. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9380-8384>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6718522744209371>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ UEA. Manaus, Amazonas, Brasil. Especialista. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0088-8000>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2968031807911939>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).