

PRÁTICAS DE ABUSO E VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES OCORRIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Um relato de caso

PRACTICES OF ABUSE AND VIOLENCE AGAINST WOMEN IN HEALTHCARE SERVICES: A Case Report

Márcia Camargo Penteado Corrêa Fernandes Vasques¹

RESUMO: O presente artigo trata de um relato de caso sobre a trajetória de uma mulher de aproximadamente 70 anos e sua experiência em relação a abusos realizados por profissionais de saúde, onde constatamos ser ainda um desafio o acolhimento humanizado. No caso relatado não houve respeito à singularidade da mulher, havendo sérios comprometimentos éticos em relação ao cuidado. Considerou-se também a forma mecânica dos vários atendimentos realizados, ou seja, sem afeto, sem respeito, sem vínculo pelo profissional de saúde com a paciente, onde o poder da técnica desrespeita e oprime a usuária dos serviços de saúde. Aos profissionais dessa área resta sempre a teoria, a ciência e a técnica como formas privilegiadas, e culturalmente reforçadas por uma sociedade patriarcal que não olha para o sujeito e sim para seus corpos adoecidos.

Palavras-chave: abuso médico, saúde feminina, opressão médica, saúde, subjetividade e trauma psicológico.

ABSTRACT: This article is a case report about the trajectory of a woman of approximately 70 years old and her experience in relation to abuses committed by health professionals, where we found that humanized care is still a challenge. In the case reported, there was no respect for the uniqueness of the woman, with serious ethical compromises in relation to care. The mechanical form of the various services provided was also considered, that is, without affection, without respect, without a connection between the health professional and the patient, where the power of the technique disrespects and oppresses the user of health services. Professionals in this area are always left with theory, science and technique as privileged forms, and culturally reinforced by a patriarchal society that doesn't look at the subject but rather at their sick bodies.

Keywords: medical abuse, women's health, medical oppression, subjectivity and psychological trauma.

INTRODUÇÃO

Na atualidade é frequente encontrarmos, na área da saúde, profissionais especializados com uma visão fragmentada do corpo e tratando apenas das causas biológicas da doença. Na medicina científica, é impressionante a persistência de Descartes,

¹ Doutora e Mestre em Saúde Coletiva (UNESP). Especialista em Psicopedagogia, Fundamentos Clínicos da Psicanálise, Psicanálise e Educação. Membro do FCL-JF e Internacional dos Fóruns (IF). E-mail: marciapenteadovasques@yahoo.com.br

que é predominante desde o século XVII, no que se refere ao conceito relacional corpo-mente, onde o corpo é considerado como uma máquina complexa, onde as doenças são o resultado de perturbações no funcionamento de seus mecanismos e onde a função do médico é consertar os enguiços mecânicos, utilizando-se de meios físicos ou químicos (Silveira, apud Vasques, 2016). Para além da herança cartesiana que fragmenta o corpo e reduz o adoecimento à dimensão orgânica, os serviços de saúde partem de relações assimétricas de poder, nas quais o saber médico se constitui como autoridade incontestável. Essa assimetria se expressa de forma particularmente intensa no atendimento às mulheres, cujos corpos foram, ao longo da história, medicalizados, controlados e normatizados por discursos científicos atravessados por valores patriarcais.

Nesse contexto, práticas de cuidado que desconsideram a subjetividade, a autonomia e a singularidade das pacientes são expressões de uma violência institucional estruturalmente produzida. A Organização Mundial da Saúde reconhece que a violência contra as mulheres nos serviços de saúde inclui práticas de negligência, humilhação, coerção, procedimentos realizados sem consentimento informado, exposição indevida do corpo e negação da dor, configurando violações éticas e de direitos humanos (OMS, 2019). Tais práticas são, em geral, naturalizadas tanto pelas instituições quanto pelas próprias usuárias, dificultando sua nomeação como violência e contribuindo para a perpetuação do silêncio e da subnotificação. No campo da saúde coletiva, esse fenômeno vem sendo compreendido como violência institucional, conceito que abarca ações e omissões praticadas por agentes do Estado ou por instituições que produzem sofrimento, exclusão e desumanização no cuidado.

No caso das mulheres, essa violência institucional se articula a marcadores de gênero, idade, classe e território, potencializando situações de vulnerabilidade. Estudos nacionais e internacionais apontam que mulheres idosas enfrentam maior risco de negligência, desqualificação de suas queixas e invisibilização de seu sofrimento nos serviços de saúde. Pesquisas mostram que, nesse grupo, sintomas físicos e psíquicos são minimizados ou atribuídos ao envelhecimento natural, resultando em atrasos diagnósticos, manejo inadequado da dor e negação da escuta qualificada (MINAYO, 2019; OLIVEIRA;

GOMES; SILVA, 2020). Além disso, a literatura destaca que mulheres idosas tendem a ser percebidas predominantemente a partir de seus corpos adoecidos, sendo raramente reconhecidas como sujeitos de desejo, história e sofrimento psíquico, o que reforça práticas de cuidado despersonalizadas e violações éticas no atendimento (WHO, 2015; GUEDES et al., 2021). Essa lógica reforça a objetificação do corpo feminino e a centralidade do ato técnico em detrimento da escuta qualificada, contribuindo para a ruptura do vínculo terapêutico e para a evasão dos serviços de saúde.

A psicanálise, ao reconhecer a indissociabilidade entre corpo, psique e a centralidade do inconsciente na constituição do sujeito, a escuta psicanalítica possibilita problematizar os efeitos subjetivos da violência institucional, demonstrando como experiências de desamparo, invasão e silenciamento produzem marcas traumáticas duradouras. Pensar o cuidado em saúde a partir de uma perspectiva ética e humanizada implica reconhecer o sujeito para além da patologia, valorizando a palavra, o consentimento e o vínculo como elementos constitutivos do processo terapêutico. A influência de Freud na vida e na arte desmancha a visão cartesiana e aponta que forças armazenadas no inconsciente podem ser condutoras de nossos pensamentos, nossas emoções, nossas ações e nossas fantasias. Nossos complexos e traumas são recalçados e a nossa libido nos move, mesmo que não tenhamos consciência disso (Vasques, 2016). Os serviços de saúde de alta e média complexidade recebem diariamente casos cujos procedimentos no atendimento acontecem de forma inadequada e muitas vezes violenta. O acolhimento humanizado às mulheres que passaram por situações de violência nos serviços ainda é um desafio em vários níveis de atenção à saúde. Para que um modelo de atenção integral na assistência hospitalar seja efetivado se faz necessário que as usuárias sejam vistas enquanto sujeitas.

O objetivo desse texto é demonstrar que atendimentos realizados de forma mecânica, sem afeto, sem respeito, sem vínculo, pelo profissional de saúde, podem ser configurados como violência institucional, onde o poder técnico desrespeita e oprime a usuária do serviço. É necessário destacar também que o excesso de intervenções ou a privação de medicação configuram falta de respeito aos direitos da mulher que além de ser

mulher, se encontra em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, compreender tais práticas como violência institucional implica deslocar o foco da análise de eventuais falhas individuais para a estrutura organizacional e para a lógica que orienta o funcionamento dos serviços de saúde. Atendimentos pautados exclusivamente na racionalidade técnica tendem a invisibilizar a dimensão ética do cuidado, transformando a usuária em objeto de intervenção. O excesso de procedimentos, assim como a omissão ou privação injustificada de medicação para alívio da dor, configuram formas de coerção e negligência que violam princípios fundamentais da atenção integral à saúde.

Assim nossa metodologia é descritivo-analítica, desenvolvido a partir de um relato de caso. O relato de caso é utilizado como estratégia metodológica por possibilitar a compreensão aprofundada de experiências singulares que expressam fenômenos sociais e institucionais mais amplos, como a violência institucional nos serviços de saúde. A narrativa apresentada foi construída a partir do relato espontâneo da participante em contexto clínico, respeitando-se os princípios éticos da confidencialidade, do anonimato e da não identificação, conforme as diretrizes éticas em pesquisas qualitativas em saúde. O caso foi analisado à luz de referenciais da saúde coletiva, da psicologia hospitalar e da psicanálise, permitindo articular a experiência individual com dimensões estruturais e institucionais do cuidado em saúde.

A opção pelo relato de caso como estratégia metodológica justifica-se ainda por sua potência analítica na investigação de fenômenos que, embora vividos de forma singular, consistem em padrões estruturais de funcionamento institucional. Ao privilegiar a narrativa da participante, este estudo entendeu que as práticas cotidianas de cuidado, em geral, naturalizadas no contexto dos serviços de saúde, produzem efeitos subjetivos e sociais que ultrapassam o evento clínico imediato. A análise do caso não tem como objetivo generalizações estatísticas, mas a produção de conhecimento compreensivo, capaz de destacar as dinâmicas institucionais, relações de poder e modos de subjetivação implicados na violência institucional.

1. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL, PODER MÉDICO E SUBJETIVIDADE FEMININA

A violência institucional nos serviços de saúde se constitui como um fenômeno complexo e multifacetado, que se manifesta por meio de práticas, discursos e omissões que produzem sofrimento e desumanização no cuidado. Diferentemente de ações isoladas de abuso individual, a violência institucional está enraizada nas rotinas, nas hierarquias e na cultura organizacional das instituições, sendo legitimada pelo saber técnico-científico. No campo da saúde, esse tipo de violência se expressa na naturalização da dor, na negação da escuta, na imposição de procedimentos sem consentimento e na objetificação dos corpos atendidos, especialmente quando se trata de mulheres. O poder médico, historicamente constituído como instância de autoridade sobre o corpo e a vida, ocupa lugar central na produção dessas práticas. Inspirado em uma racionalidade biomédica que privilegia o diagnóstico e a intervenção técnica, o cuidado em saúde tende a reduzir o sujeito à sua patologia, desconsiderando sua história, seus afetos e sua singularidade. Essa lógica, fortemente marcada por uma tradição cartesiana, sustenta relações assimétricas entre profissionais e pacientes, nas quais o saber do outro é desqualificado e a autonomia do sujeito é sistematicamente fragilizada.

No atendimento às mulheres, essas relações de poder se articulam a uma estrutura social patriarcal que historicamente regulou e controlou o corpo feminino. A medicina, em especial nos campos da ginecologia e da obstetrícia, desempenhou papel central na normatização dos corpos das mulheres, muitas vezes legitimando práticas invasivas e coercitivas sob o argumento do cuidado e da proteção. Estudos apontam que procedimentos realizados sem explicação adequada, ausência de consentimento informado e desconsideração da dor são recorrentes no atendimento à saúde da mulher, configurando violações éticas e de direitos humanos (LEITE et al., 2024; OMS, 2019). A violência institucional, nesse sentido, não se limita à dimensão física, mas produz efeitos subjetivos profundos. Experiências repetidas de desamparo, humilhação e silenciamento desencadeiam sofrimento psíquico, ansiedade, medo, sintomas traumáticos e ruptura do

vínculo terapêutico. Mulheres que vivenciam esse tipo de violência tendem a evitar ou postergar a busca por atendimento em saúde, o que compromete a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Ao reconhecer o hospital e os serviços de saúde como espaços atravessados por conflitos, angústias e relações de poder, a abordagem psicanalítica permite problematizar os efeitos subjetivos das práticas institucionais. Conforme aponta Moretto (2000), o sofrimento vivido nas instituições de saúde não se reduz à doença orgânica, mas envolve perdas simbólicas, ameaças à identidade e experiências de invasão do corpo e da intimidade.

Escutar o paciente implica reconhecê-lo como sujeito de palavra, desejo e história, e não apenas como portador de um diagnóstico. A ausência de escuta qualificada transforma o cuidado em um ato mecânico, no qual o corpo é tratado como objeto de intervenção técnica, reforçando a lógica de despersonalização. Simonetti (2004) destaca que a humanização do cuidado em saúde exige uma postura ética que considere o sofrimento psíquico como parte constitutiva do adoecimento. Assim, pensar a violência institucional contra mulheres nos serviços de saúde implica articular dimensões individuais e estruturais, reconhecendo que práticas abusivas não são desvios pontuais, mas expressões de um modelo de cuidado que privilegia a técnica em detrimento da subjetividade. A partir desse referencial, o relato de caso apresentado neste estudo é compreendido como expressão singular de um fenômeno coletivo, permitindo evidenciar como a violência institucional se inscreve no corpo e na história das mulheres ao longo de sua trajetória de vida.

RELATO DE CASO

O caso se refere à trajetória de uma mulher, aqui denominada Joana, atualmente com aproximadamente 70 anos, que vivenciou, desde a adolescência, múltiplas situações de abuso, desrespeito e negligência nos serviços públicos e privados de saúde. Seus primeiros contatos com a medicina ocorreram ainda na adolescência, em atendimentos ginecológicos realizados sem a presença de um familiar ou responsável. Nessas consultas,

Joana foi submetida a procedimentos invasivos, realizados sem explicação prévia ou consentimento, os quais, à época, não foram nomeados por ela como abusivos, mas produziram intenso sofrimento psíquico. Após esses atendimentos, Joana passou a apresentar crises recorrentes de ansiedade e pânico, além de medo intenso de consultas médicas, especialmente quando envolviam profissionais do sexo masculino. Embora tenha iniciado acompanhamento psicológico, as experiências vividas permaneceram por longo período silenciadas, reaparecendo de forma sintomática em contextos posteriores de cuidado em saúde. A ausência de espaços institucionais de escuta e validação contribuiu para a internalização da culpa e para a dificuldade de elaboração psíquica.

Na vida adulta, durante suas gestações, Joana optou inicialmente pelo acompanhamento pré-natal com uma médica ginecologista, buscando minimizar o sofrimento psíquico associado ao contato com profissionais homens. O acompanhamento gestacional transcorreu sem intercorrências clínicas significativas; contudo, no momento do parto cirúrgico, vieram sentimentos intensos de medo, desamparo e perda de controle, agravados pela ausência de cuidados voltados à sua dimensão emocional. Durante as cesarianas realizadas, Joana relatou atendimentos centrados exclusivamente na execução do procedimento técnico. A equipe médica manteve conversas paralelas, não se dirigiu à paciente de forma clara e não explicou as etapas do procedimento, reforçando a sensação de objetificação de seu corpo. Decisões foram tomadas sem sua participação, e sua experiência subjetiva foi sistematicamente desconsiderada, apesar de sinais evidentes de angústia e sofrimento.

Em uma gestação posterior, Joana sofreu um aborto espontâneo, sendo submetida a atendimentos hospitalares marcados pela negação da escuta e pela precariedade do acolhimento. Relatou dor intensa sem analgesia adequada, ausência de informações sobre os procedimentos realizados e longos períodos de espera sem qualquer acompanhamento profissional. Durante a internação, permaneceu sozinha, sem direito a acompanhante, o que intensificou sentimentos de abandono e vulnerabilidade. Os procedimentos médicos foram realizados de forma automática, sem explicações claras ou cuidado com sua condição emocional. A perda gestacional, somada à violência institucional vivenciada,

produziu impacto significativo em sua saúde mental, com agravamento dos sintomas de ansiedade, tristeza profunda e sensação de desamparo. A experiência reforçou a percepção de que seu sofrimento não encontrava reconhecimento no espaço institucional, aprofundando a ruptura do vínculo com os serviços de saúde.

Anos mais tarde, já na maturidade, Joana foi diagnosticada com hérnia de disco, necessitando de internação hospitalar e intervenção cirúrgica. Mais uma vez, vivenciou situações de desumanização no cuidado, incluindo dificuldades de acesso ao tratamento, comunicação inadequada por parte da equipe, demora no manejo da dor e atitudes hostis de alguns profissionais de enfermagem. No pós-operatório imediato, Joana relatou ausência de acompanhamento médico, falta de informações sobre seu estado clínico e negligência em relação às suas queixas. Apesar da recuperação funcional após a cirurgia, permaneceu com sequelas físicas e com um intenso desgaste emocional associado às experiências acumuladas ao longo da vida nos serviços de saúde. Tentativas posteriores de formalizar reclamações junto à instituição não resultaram em respostas efetivas, reforçando a sensação de impunidade e a naturalização da violência institucional. O conjunto dessas experiências produziu marcas duradouras na relação de Joana com os serviços de saúde, caracterizadas por medo, desconfiança e sofrimento psíquico persistente. O relato evidencia como práticas reiteradas de desrespeito e negação da subjetividade se acumulam ao longo do tempo, configurando um percurso de violência institucional que atravessa diferentes fases do ciclo de vida.

DISCUSSÃO

O relato de caso apresentado demonstra como a violência institucional se manifesta de maneira reiterada ao longo do ciclo de vida de uma mulher, atravessando diferentes serviços, especialidades e momentos históricos do sistema de saúde. A trajetória de Joana permite compreender que práticas de abuso, negligência e desrespeito não se configuram como episódios pontuais, mas como experiências acumulativas, produzidas e legitimadas

por uma lógica institucional que privilegia o saber técnico em detrimento da subjetividade da paciente.

As situações vivenciadas por Joana dialogam diretamente com os achados da literatura sobre abuso médico e violência institucional. Clemens et al. (2021) destacam que práticas abusivas por parte de profissionais de saúde tendem a ocorrer em contextos marcados por forte assimetria de poder, nos quais pacientes se encontram em situação de vulnerabilidade física e emocional. No caso analisado, essa assimetria se expressa desde a adolescência, quando Joana foi submetida a procedimentos ginecológicos invasivos sem consentimento informado, até a maturidade, em internações hospitalares marcadas pela negação da escuta e pela precariedade do cuidado. A naturalização dessas práticas, tanto por parte das instituições quanto das próprias usuárias, constitui um elemento central na manutenção da violência institucional. Conforme apontado por Dubois e Anderson (2017), o abuso cometido por profissionais de saúde é frequentemente silenciado por medo de retaliação, vergonha ou descrença nos mecanismos de responsabilização. Esse dado encontra ressonância no relato de Joana, que, mesmo anos depois, ao tentar formalizar queixas, não obteve respostas institucionais efetivas, reforçando a sensação de impunidade e desamparo.

No campo da saúde da mulher, a literatura mostra que a violência institucional assume contornos específicos, especialmente nos atendimentos ginecológicos e obstétricos. Leite et al. (2024) demonstram que práticas como a negação da dor, a ausência de explicações sobre procedimentos e a exclusão da mulher das decisões sobre seu próprio corpo são recorrentes no contexto da assistência obstétrica no Brasil. As experiências de Joana durante suas gestações, partos cirúrgicos e aborto espontâneo ilustram de maneira exemplar esses achados, revelando como o corpo feminino é frequentemente tratado como objeto de intervenção técnica, desvinculado de sua dimensão subjetiva. Sob a perspectiva da psicologia hospitalar e da psicanálise, as vivências relatadas por Joana produzem efeitos que ultrapassam o evento imediato, inscrevendo-se de forma duradoura na economia psíquica do sujeito. Moretto (2000) aponta que o sofrimento vivido nas instituições de saúde envolve perdas simbólicas profundas, relacionadas à ameaça à integridade corporal,

à identidade e à autonomia. A recorrência de experiências de invasão, silêncio e desamparo contribui para a formação de sintomas ansiosos e traumáticos, como observado no percurso clínico de Joana, que desenvolveu crises de pânico e medo persistente do contato com serviços de saúde.

Simonetti (2004) reforça que a ausência de escuta qualificada transforma o cuidado em um ato mecânico, esvaziado de sentido para o paciente. No caso analisado, a repetição de atendimentos centrados exclusivamente na técnica, sem consideração pela palavra da paciente, produziu uma ruptura progressiva do vínculo terapêutico. Tal ruptura se manifesta na desconfiança, no medo e na evitação dos serviços de saúde, fenômeno amplamente descrito na literatura como consequência direta da violência institucional. A Organização Mundial da Saúde (2019) reconhece que experiências de violência nos serviços de saúde impactam negativamente a saúde física e mental das mulheres, comprometendo o acesso e a continuidade do cuidado. No caso de Joana, observa-se que a violência institucional não apenas agravou seu sofrimento psíquico, mas também limitou sua capacidade de se posicionar como sujeito ativo no processo de cuidado, reforçando relações de submissão e silenciamento historicamente associadas ao regime patriarcal. Dessa forma, o relato de Joana permite articular a experiência singular à dimensão estrutural da violência institucional, evidenciando que o abuso médico não pode ser compreendido apenas como falha individual, mas como expressão de um modelo de atenção que naturaliza a desumanização. Ao conectar o caso empírico à produção científica contemporânea, o estudo reafirma a urgência de práticas de cuidado baseadas na ética, na escuta e no reconhecimento da mulher como sujeito de direitos, condição indispensável para a efetivação de um modelo de atenção integral e humanizado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ao analisar a trajetória de Joana a partir de um relato de caso, demonstrou que a violência institucional nos serviços de saúde são a expressão de um modelo de cuidado historicamente estruturado em relações assimétricas de poder. As

experiências relatadas dizem como práticas de desrespeito, silenciamento e negação da subjetividade se acumulam ao longo do tempo, produzindo impactos profundos e duradouros na saúde física e mental das mulheres. O caso analisado permite compreender que o abuso médico e a violência institucional estão intrinsecamente articulados a uma lógica patriarcal que atravessa as instituições de saúde, naturalizando a objetificação do corpo feminino e deslegitimando a palavra da mulher em situação de cuidado. A dificuldade de nomear e denunciar tais violências, observada tanto no relato de Joana quanto nas experiências compartilhadas por outras mulheres de seu convívio, demonstra o peso do medo da exposição social, da culpabilização da vítima e da descrença nos mecanismos institucionais de responsabilização. Esses elementos contribuem para a manutenção do silêncio e para a perpetuação de práticas abusivas, sobretudo em contextos marcados por relações sociais conservadoras e hierarquizadas.

Do ponto de vista da saúde coletiva e da psicologia hospitalar, os achados reforçam a necessidade de revisão crítica dos modelos de atenção vigentes. A centralidade excessiva da técnica, dissociada de uma escuta ética e qualificada, compromete o cuidado integral e produz sofrimento evitável. A incorporação de práticas que valorizem o consentimento informado, a comunicação clara e o reconhecimento da singularidade das usuárias mostra-se fundamental para a construção de relações terapêuticas baseadas no respeito e na dignidade. A psicanálise, ao considerar os efeitos psíquicos das experiências institucionais, torna-se possível compreender como a violência simbólica e material se inscreve no corpo e na história das mulheres, produzindo marcas que ultrapassam o evento imediato. Nesse sentido, a escuta não se configura apenas como técnica, mas como posicionamento ético frente ao sofrimento do outro.

Por fim, este estudo aponta para a urgência de políticas públicas e estratégias institucionais comprometidas com o enfrentamento da violência contra as mulheres nos serviços de saúde. A formação continuada de profissionais, o fortalecimento de dispositivos de escuta e acolhimento, bem como a criação de canais seguros e eficazes de denúncia e responsabilização, constituem medidas indispensáveis para a promoção de um cuidado verdadeiramente humanizado. Ao dar visibilidade à experiência de Joana, este

artigo buscou contribuir para a ampliação do debate acadêmico e para a construção de práticas de saúde que reconheçam as mulheres como sujeitos de direitos, história e desejo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CLEMENS, V. et al. #PATIENTSTOO – PROFESSIONAL SEXUAL MISCONDUCT BY HEALTHCARE PROFESSIONALS TOWARDS PATIENTS: a scoping review. PLoS ONE, San Francisco, v. 16, n. 7, e0254520, 2021.

DUBOIS, J. M.; ANDERSON, E. E. SEXUAL VIOLATION OF PATIENTS BY PHYSICIANS: a mixed-methods analysis of 101 cases. Sexual Abuse, Thousand Oaks, v. 29, n. 6, p. 584–606, 2017.

FREITAS, C. G. O MITO DA FRAGILIDADE: o olhar médico sobre o corpo da mulher e seus desdobramentos psíquicos. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2006.

GUPTA, A. et al. SEXUAL HARASSMENT, ABUSE, AND DISCRIMINATION IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: a systematic review. JAMA Network Open, Chicago, v. 7, n. 2, e245678, 2024.

GUEDES, D. T. et al. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E ENVELHECIMENTO FEMININO: silenciamento, desqualificação e sofrimento psíquico. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, e210045, 2021.

LEITE, T. H. et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1–12, 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MORETTO, M. L. T. Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde. São Paulo: Zagodoni, 2000.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA: desafios para a integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2171–2180, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. VIOLENCE AGAINST WOMEN: intimate partner and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization, 2019.

SIMONETTI, A. MANUAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

VASQUES, M. C. P. C. F. et al. Los límites de la clínica. Compilado por Alberto Trimboli e Eduardo Grande. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental (AASM), 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2015.